

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1973 — N°

LITHIASSE RÉSIDUELLE DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE (A PROPOS DE 15 CAS)

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 16 juin 1973

par

SAARI Abdelmadjid

Né le 12 Février 1943 à CHERCHELL

Membres du Jury

MM. B. MENTOURI :	Professeur de Chirurgie Générale.....	}	PRESIDENT
G. ILLOUL :	Professeur de Gastro-Entérologie.....		
H. ISSAAD :	Maitre de Conférences Agrégé (Anatomie).....	}	JUGES
B. MERADJI :	Maitre de Conférences Agrégé de Chirurgie.....		



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548213_0057

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1973 — N°.....

LITHIASSE RÉSIDUELLE DE LA VOIE BILIAIRE PRINCIPALE (A PROPOS DE 15 CAS)

T H E S E

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 16 juin 1973

par

S A A R I Abdelmadjid

Né le 12 Février 1943 à CHERCHELL

Membres du Jury

MM. B. MENTOURI :	Professeur de Chirurgie Générale.....	} PRESIDENT
G. ILLOUL :	Professeur de Gastro-Entérologie.....	
H. ISSAAD :	Maitre de Conférences Agrégé (Anatomie).....	} JUGES
B. MERADJI :	Maitre de Conférences Agrégé de Chirurgie.....	

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'HIPPOCRATE, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE DEDIE CETTE THESE

A mes parents

En témoignage de ma profonde reconnaissance
et de mon affection.

A ma femme

Qui m'a soutenu moralement et qui a apporté
toute son aide dans l'élaboration matérielle de ce
travail.

A mes enfants

A la mémoire de mon frère tombé au champ d'honneur

Sa joie aurait été immense aujourd'hui

A mes soeurs

A toute ma famille

A Monsieur AYOUZ Hassin

Pour son aide et son amitié

A Monsieur BOUCHATB Brahim

Pour son amitié

A tous mes amis.

A notre Maître et Président de Thèse
Monsieur le Professeur MENTOURI
Professeur Agrégé - Clinique chirurgicale

L'année que nous avons eu l'honneur de passer dans votre service restera parmi celles qui ont le plus marqué nos études médicales.

Votre maîtrise de l'art que vous enseignez, votre esprit de recherche, votre bienveillance, sont à l'origine de notre admiration et de notre profond attachement.

Nous apprécions le grand honneur que vous nous faites en nous confiant ce sujet de thèse et d'en accepter la présidence.

Puissiez-vous trouver ici le faible témoignage de notre reconnaissance et de notre respectueux dévouement.

A nos juges

Monsieur le Professeur ILLOUL
Professeur Agrégé à la clinique de Gastro-Entérologie

Nous avons été marqué par la clarté et la rigueur de
votre enseignement dont nous sommes énormément enrichis.

Votre dynamisme et l'étendue de vos connaissances
resteront un exemple pour nous.

Nous vous exprimons notre sincère et profond dévouement
et nous vous remercions d'avoir bien voulu accepter d'être notre juge.

Monsieur le Professeur ISSAD
Maître de conférences agrégé (Anatomie)

Le peu de temps que nous avons passé à votre contact nous a fait bénéficier, dans un cadre amical, non seulement de votre dextérité au service d'une intelligence en éveil, mais aussi de votre enseignement empreint de dynamisme et de clarté.

Que cette étude vous témoigne notre profond attachement et nos respectueux sentiments.

Nous vous remercions d'avoir bien voulu accepté d'être notre juge.

Monsieur le Professeur MERADJI

Maître de conférences, agrégé de chirurgie générale

L'accueil bienveillant et l'atmosphère de travail dont vous nous avez entouré, votre ouverture sur les problèmes médicaux, la clarté de vos jugements ont forcé notre admiration.

Votre esprit de recherches et votre ardeur resteront pour nous un modèle.

Ce travail restera un faible témoignage de toute notre reconnaissance et notre respect.

Nous vous remercions d'avoir bien voulu jugé ce travail

A Monsieur le Professeur EL OKBY

La perfection de vos gestes, la minutie que vous portez
à chacune de vos interventions sont pour nous autant de magnifiques leçons

Soyez assuré de notre indefectible reconnaissance.

A Monsieur le Professeur ABOULOLA

En témoignage pour notre profonde reconnaissance pour l'enseignement et les conseils que vous nous avez prodigué tout au long de notre stage dans votre service.

La rigueur de votre technique, votre sens de l'humain resteront pour nous un modèle.

A Monsieur le Professeur ROCHE

Votre brillant enseignement, votre aisance opératoire et votre amitié serviront de modèles pour nous.

En témoignage de notre admiration respectueuse.

A nos maîtres dans les hopitaux

notamment Messieurs Professeur BOUDJILAL

Professeur KLOUCHE

Professeur MARTINI

Professeur KRATI

Professeur CHITOUR

Professeur LEHTIHEI

Professeur BAKKAT

Professeur DAOUD

Docteur YAHIA Mustapha

Docteur BRAHIMI

A nos maîtres de la Faculté

En témoignage de notre profonde reconnaissance.

A nos chers condisciples.

P L A N

I - INTRODUCTION : Définition et classification

II - HISTORIQUE

III - ETIOLOGIE

- Fréquence
- Terrain
- Les opérations antérieures

IV - PATHOGENIE

- Calculs résiduels proprement dits { non recherchés
non reconnus et
oubliés
- Calculs récidivés
- Calculs abandonnés
- La fausse lithiasse résiduelle

V - ANATOMIE PATHOLOGIQUE

- La lithiasse, ses caractères : Aspect
Nombre
Siège
Origine
- Les lésions de la voie biliaire principale
- Les lésions de la voie biliaire accessoire
- Les lésions hépatiques
- Les lésions pancréatiques
- Les lésions oddiennes

Conclusion : "Maladie régionale sous hépatique".

VI - CLINIQUE ET RADIOGRAPHIE

- 1 - Malades porteurs d'un drain de Kohr
- 2 - Malades dont la voie biliaire principale n'est pas drainée
 - intervalle libre
 - les signes cliniques
 - les signes radiologiques
 - Pourcentage de diagnostics certains

VII - TRAITEMENT

- A - Médical
- B - Instrumental Pribram
 - Sonde Dormia
- C - Chirurgical
 - Les méthodes
 - Abord
 - Désobstruction de la voie biliaire principale
 - Les indications
 - Les résultats

VIII - CONCLUSION

IX - BIBLIOGRAPHIE

I - INTRODUCTION ET DEFINITION

La lithiase résiduelle de la voie biliaire principale extra hépatique est toujours d'actualité, bien que sa fréquence ait considérablement diminuée, grâce à l'exploration radio mano debimétrique per opératoire et à une meilleure technique chirurgicale.

Selon RATKE, on entend par "lithiase restante" de la voie biliaire principale (tous) les calculs constatés après une ou plusieurs interventions biliaires.

Pour notre part, nous préciserons cette définition et nous considérons comme "lithiase restante" de la voie principale tous les calculs constatés après une ou plusieurs interventions biliaires pour lithiase.

En pratique, on distingue 3 variétés nosologiques :

- Les calculs résiduels oubliés ou méconnus
- Les calculs récidivants
- Les calculs sciemment laissés en place.

I - La lithiase résiduelle proprement dite : nous rangeons dans cette rubrique :

a) Les calculs non recherchés : qui sont le fait de l'absence d'exploration de la voie biliaire principale instrumentale ou radiologique

b) Les calculs méconnus : qui en dépit des examens radiologiques per opératoires au cours de la cholecystectomie ne furent pas reconnus, soit du fait d'une imperfection technique, soit du fait d'une mauvaise interprétation.

2 - La lithiase récidivante de la voie biliaire. C'est une lithiase neoformée dans les voies biliaires. Il s'agit donc de calculs qui n'existaient pas lors de la première intervention mais qui se sont formés ultérieurement. Les critères qui permettent d'évoquer la nature récidivante de ces calculs sont discutés.

Dans notre statistique, nous n'avons considéré comme récidivant que les cas où la cholangiographie per opératoire lors de l'intervention première montrait d'une façon certaine la vacuité des voies biliaires.

Certains auteurs prennent comme critère l'intervalle libre séparant la première intervention et le début des premières manifestations cliniques qu'ils fixent arbitrairement à 3 ans.

3 - Les calculs sciemment abandonnés : ce sont des calculs abandonnés par l'opérateur alors qu'il doutait ou connaissait leur existence, remettant à un temps ultérieur l'exploration et la cure.

4 - Notion de pseudo lithiasé :

Il s'agit d'un obstacle non calculeux (des vésicules hydatiques) qui pose les mêmes problèmes diagnostics et thérapeutiques que la lithiasé restante.

Nous ~~re~~verront cette variété plus en détail.

Ces différentes variétés nosologiques comportent de nombreux aspects étiologiques, cliniques et radiologiques ; un point leur est commun : la nécessité d'une réintervention dans des conditions anatomiques en général très difficiles.

Nous dénommerons par le terme de "lithiasé restante", l'ensemble des 3 variétés nosologiques c'est-à-dire : résiduelles proprement dites, récidivante et abandonnée.

Ce travail est basé sur 15 cas observés à la C.C.A. (Service du Professeur L'ENTOURI) en 6 ans (de 1966 à 1971).

II - HISTORIQUE

La lithiase résiduelle connaît deux grandes périodes.

Nous n'insisterons pas sur l'époque préradiologique où l'exploration des voies biliaires n'existait pratiquement pas et où les techniques chirurgicales encore à l'essai étaient imparfaites.

L'avènement de la radiographie marque la période moderne et bouleverse l'étude de la lithiase restante. En effet, après une période d'hésitation avec Bux Baum en 1898 à qui l'on doit la première radiographie, il faut attendre 1924 pour pratiquer avec GRAHAM et coll. la première cholecystographie.

Et ce n'est qu'en 1953 que la cholangiographie est introduite par BROTHOLD.

Beaucoup de travaux ont été faits sur la lithiase restante, nous ne citerons que les récents.

Hickens et Mac Allister en 1954 regroupent 110 cas de calculs RESTANTS décelés par cholangiographie post opératoire chez des malades opérés de lithiase de la voie biliaire principale.

En 1957, Thomson étudie 39 cas.

En 1957, Smith, Engel, Avercock et Longmire présentent 24 cas.

A l'occasion du 2ème Congrès Belge de Chirurgie en 1957, Malley Guy rapporte 57 cas. De Vernejoul et Henry, 25 cas, Delannoy et Leduc, 20 cas

1957 : Constant présente 17 cas du professeur Roux.

1962 : Lataste et Lalardie présentent un travail portant sur 20 observations recueillis dans le service du professeur PATEL.

Julien Michel, dans sa thèse, fait l'étude de 100 cas de lithiase résiduelle, Heep, Mercadier, Moreaux, Pernod et Julien reprennent ce travail une année plus tard dans les Mémoires de l'Académie de Chirurgie.

Hickens (16)

Constant (7)

Julien Michel (19)

Thomson (42)

Lataste et Lalardie (21)

En 1968, le colloque Paris - Lille est consacré à la lithiase résiduelle et récidivante de la voie biliaire principale (ann. de chir. 1968) v. 22 n° 25-26.

Par ailleurs les études faites sur la lithiase intra hépatique apportent beaucoup de lumière sur les récidives calculeuses. La présence de calculs dans l'ensemble de l'arbre biliaire extra et intra hépatique représente une cause de récidive précoce et tardive après ablation de calculs de la voie biliaire principale. Déjà en 1936, Santy et Mallet Guy en rapportent des exemples personnels dans la thèse de leur élève Sarlin.

III - EPIDEMIOLOGIE

I - Statistiques et fréquences

De 1966 à 1971, nous avons dénombré 15 lithiases restantes. Les pourcentages que nous trouvons n'ont eu'une valeur relative comme dans toute statistique concernant ce chapitre de la pathologie biliaire.

Les malades qui ont subi une intervention sur les voie biliaires n'ont pas été tous revus.

Il est certain aussi que nous avons oublié des calculs chez des malades réopérés ailleurs ou qui sont restés latents cliniquement.

D'ailleurs, les chiffres relevés dans la littérature sont très discordants.

TABLEAU STATISTIQUE

: NOMBRE ET TYPE D'OPERATIONS : :	: POURCENTAGE DE LITHIASSE : : RESTANTE : :
: 1.977 opérations sur les voies : : biliaires pour des can- : : cers, Kystes et lithiases :	: 0,76 % Mallet Guy 0,23 % : : MacAllister 20 % :
: 1.894 lithiases biliaires : :	: 0,72 % : :
: 1.612 lithiases vésiculaires : :	: 0,93 % : :
: 282 lithiases choledociennes : :	: 5,32 % 1,6 % pour Hivet : : 18,5 % pour Aronson :

Ce tableau montre que les lithiases restantes sont plus fréquentes après des opérations pour lithiases choledociennes que pour lithiases vésiculaires ou biliaires.

II - Le terrain

1) Le sexe

Cette statistique de 15 malades comprend 4 hommes et 11 femmes.

2) L'âge

L'âge moyen est celui de la lithiase simple s'étendant de 10 à 60 ans et dont le maximum de fréquence situe entre 30 et 50 ans.



1 seul malade a plus de 50 ans

1 seul malade a moins de 20 ans.

Ces notions d'âge et de terrain sont identiques à celles retrouvées dans la lithiase en général, donc n'ayant aucun caractère particulier.

III - Etude des conditions pré-opératoires :

Leur étude est intéressante, elles font le terrain de la lithiase restante.

Sur les 15 cas de lithiase restante, il faut distinguer ceux qui ont subi leur première intervention en dehors du service du Professeur MENTOURI et qui sont au nombre de 9 de ceux qui ont été opérés dans ce service et qui sont au nombre de 6. Ce dernier groupe moins important, est plus homogène car nous avons pour eux des observations plus détaillées et plus riches en documents radiologiques.

1) Caractère urgent de la première opération

L'urgence favorise la méconnaissance ou l'oubli d'un calcul. En effet, quand l'intervention se fait en urgence, les moyens matériels et techniques ne se trouvent pas toujours réunis pour la réussite de l'opération.

- Ainsi un malade seulement est opérés à froid.
- 11 malades ont été opérés en urgence ou semi urgence.
- Pas de renseignement précis pour 3 autres malades.

Le diagnostic préopératoire de l'opération initiale

1 seule lithiase vésiculaire chronique
et 6 cholecystites aiguës.

(soit 7 cholecystectomies sans abord de la voie biliaire principale)

4 syndromes choledociens	}	soit 7 diagnostics de L. choledocienne
3 ictères		
1 affection pancréatique		

La lithiase restante après lithiase vésiculaire est égale en valeur absolue au nombre de L. R. après lithiase cholédocienne. Mais si l'on rapporte ces chiffres (7) au nombre total de lithiases vésiculaires et cholédociennes, on s'aperçoit que l'on a plus de chance d'avoir une lithiase restante après lithiase cholédocienne.

LES CONDITIONS PATHOLOGIQUES

	Lieu 1ère interv.	Urgence ou à froid	Diagn. pré-opératoire	Difficultés opératoires	Contrôle Radio	Interventions primitives
1 - B. Boualem	C.C.A.	Semi urg.	Ictère par obstruction	Blindage sus mésocolique	Non	Drainage de Kehr
2 - B. Amar	OUARGLA		Ictère par obstruction	abcès sous phrénique	?	Cholecysto- tomie + Kehr
3 - A. Mossaouda	C.C.A.	Urgence	C.A.		Normal	Chol. ectomie
4 - G. Mossaouda	C.C.A.	A froid	L.V.	Blessure per opérat. du cholédoque		Suture du chole- doque sur drain + chol. ectomie
5 - C. Hocine	C.C.A.	Urgence	Affection pancréatique	néculite	Rx faite mais pas de contrôle	Chol. ectomie
6 - D. Taous	Barnet	Urgence	Cholecystite aiguë	pédiculite	?	Chol. ectomie papillotomie
7 - S. Mekioussa	en ville	?	?	?	?	Chol. ectomie
8 - L. Fatima	P.U.	Urgence	C.A.	Plaie opérat. du cholédoque	Non faite	Chol. ectomie + drain de Kehr

Lieu
1ère interv.

Urgence
ou à froid

Diag.
pré-opératoire

Difficultés
opératoires

Contrôle
radio

Interventions
répétitives

9 - Z. Fatima	C. C. A.	Urgence	Lithiase choledocionne	Chole cystique	Non faite	Chol. ectomie Sphinctérotomie Drain de Kehr
10 - M. Chérif	T. U.	Urgence	C. A.	?	Non faite	Chol. ectomie
11 - B. Delbia	C. C. A.	Urgence	Lithiase choledocionne	Empiècement	Rx faite	Chol. ectomie Sphinctérotomie Drain de Kehr
12 - H. Laïd	BORDJ BOU ARREDJ	Urgence	Intère	?	?	Chol. ectomie sans drainage
13 - D. Fatima	DJIDJEL	?	?	?	?	Chol. ectomie
14 - B. Alcha	BENI MESSOUS	Urgence	C. A.	?	?	Chol. ectomie
15 - H. Fatima	OUAGLA	Urgence	Lithiase vésiculaire et choledocionne	?	?	Chol. ectomie + Drain de Kehr

IV - Les conditions opératoires (opération initiale)

- Les difficultés opératoires (dissection difficile)
- une mauvaise technique d'exploration radiologique
- et la technique opératoire primitive

constituent autant de cause de lithiase résiduelle.

C'est en précisant la façon dont a été réalisée cette opération que l'on peut discuter des raisons de l'oubli ou de la méconnaissance d'un calcul.

a) Les difficultés opératoires

Des conditions opératoires d'ordre anatomique peuvent rendre l'exploration manuelle grossière, approximative, incertaine et même trompeuse. Dans certains cas, il existe des adhérences et des phénomènes inflammatoires qui compliquent la dissection et la rendent périlleuse, forçant le chirurgien à terminer intempestivement l'opération.

b) L'examen radiologique

La biligraphie per opératoires par le drain à travers le moignon cystique ou par le drain de Kehr est un examen essentiel.

L'absence de cet examen ainsi que des conditions techniques de réalisation approximatives, ou une mauvaise lecture des clichés, constituent les facteurs les plus importants quant à la méconnaissance ou l'oubli d'un calcul.

c) Nature de la première intervention

Cholecystectomie	5
Cholecystectomie	3
Choledocotomie	
Drainage de Kehr	
Cholecystectomie	2
Choledocotomie	
Sphinctérotomie	
Drainage de Kehr	
Cholecystectomie	3
Choledoctomie	
Sphincterotomie	
Drainage de Kehr	
Cholecystectomie	1
Choledocotomie	
Drain en polythène de calibrage pour blessure choledocienne	
Cholecystostomie	1
Choledocotomie	
Drainage de Kehr	
Tu total	14 Cholecystectomie ²
	7 Drainages de Kehr
	5 Sphinctérotomies
	1 Drain en polythène de calibrage
	1 Cholecystostomie (pratiquée à l'hôpital d'OUARGLA puis adressée dans le service pour lithiase abandonnée)

Ainsi 10 fois sur 15 la voie biliaire a été abordée lors de la première intervention soit dans 76 % des cas dont 9 fois pour lithiase du choledoque et une fois pour blessure opératoire de la voie biliaire principale.

LITHIAS RECIDIVANTE
LES CONDITIONS OPERATOIRES LORS DE LA 1ère
INTERVENTION

	CH. Hocine 47 ans Observation N° 3	CH. Zhor 46 ans observation n° 4	A. Messaouda 68 ans observation n° 5
Diag. pr op.	pancréatite	Lithiasc vésicul.	C.A.
1ère interv.	23.10.64 C.C.A	1965 C.C.A.	1968 C.C.A.
Type de lith Bilan	microlithiasc	macrolithiasc	macrolithiasc
R..	Arrêt à 23 cm de pres. en cupule pas de passage oddien		N
Type	Chol. ectomie choledocotomie sphinctérotomie	Chol. ectomie suture plaie du cholédogue sur drain polythène	Chol. ectomie
Intervalle libre	6 ans	1 ans	1,5 ans
Clinique	douleurs vomisse- ment très mau- vais T.G. Ictère hépato mégalie	angiocholite ictère	doulour + vomisse- ment angiocholite ictère
Radio		cholangio I.V. choledogue	Cholangion :suspec- tion de lithiasc
2ème interv.	13.12.70 Autopsie	25.5.66	15.1.71
Bilan	cholédogue dilaté	pédiculite	pédiculite
Exploration		adénopathie drain de polythène	V.B.P. très dilaté
Rx ..	normale	oddi normal	normal
Type de lith.	gros calcul	boue biliaire micro lithiasc	gros calcul muriforme
Opération		anastomose bilio digestive	ablation du drain de Kehr
Etiologie	pancréatite	Corps étranger drain de polythène	

LITHIASE RESIDUELLE : LES CONDITIONS OPERATOIRES ILOTS DE L'PRELÈVE INTERVENTION

	D...	S...	I...	Z...	B...	B...	...	D...	B...	H...
Diagnostic pré-opér.	C.A.	?	C.A.	Angiocho- lite Ictère	C.A.	Lithiase chole- V.B.P.	C.A.	Lithiase vésiculair	C.A.	Lithiase choledoc- cienne
1ère opér.	Tarnet 1961	en ville	T.U. 8.8.70	C.C.A. 21.6.69	T.U. 23.2.70	C.C.A. 25.8.71	Bordj D.A. mai 1961	Djidjel 1967	BTNI MUSCOURS avril 67	OUJEGAL 20.11.68
Lesions	Pédiculaire noyau de pancréati- te	?	Choclolec. pédiculaire	cholecys- tite	?	vésicule soléno stro- phique				
Lithiase	acro lithiase		acro lithiase	acro lithiase cupier- rent	?	chole- rent calcul à facette	?	?	?	Lithias choledo- ne
R.T.	?	?	Non faite	Non faite	Non faite	Empierre- ment				
T.P.	Chol.ect. papillo- tonie	Chol.ect.	Chol.ect. Kehr	Chol.ect. sinistère tonie	Chol.ect.	Chol.ect. sinistère- tonie Kehr	chol.ect. sans drai- nage		chol.ect. simple	chol.ect. + drain Kehr
Intervalle libre	1 an	2 ans	dans les suites immédiat.	dans les suites immédiat.	8 mois	dans les suites im- médiate	dans les suites im- médiate	2 ans	1 an	suite retour immédiat

IV - P A T H O G E N I E

=====

Il est devenu classique de grouper ainsi la lithiase résiduelle :

1 - Les calculs résiduels proprement dits :

- soit méconnus par insuffisance d'exploration
- soit ~~non~~ recherchés

2 - Les calculs récidivants

3 - Les calculs abandonnés.

I - Les calculs abandonnés

On désigne par cette expression les cas où le diagnostic de calcul du choledoque a été posé de façon sûre après exploration de la voie biliaire principale, mais où l'opération a été finie intempestivement laissant à un temps ultérieur le reste de l'intervention, abandonnant en toute connaissance de cause un calcul de la voie biliaire principale.

Toutes ces interventions se terminent en général par un drainage.

Les raisons de l'abandon de calculs dans la voie biliaire principale nous paraissent de 2 ordres : général et local.

1) Le mauvais état général

Parfois, c'est une atteinte grave de l'état général qui comporte des risques vitaux et qui contre-indique la prolongation d'une intervention longue et difficile.

D'autre fois, la survenue d'un choc opératoire oblige le chirurgien à battre en retraite.



Photo n° 1

B. Boualem - Obs. 1

Cholangiographie per opératoire du 25/2/1977
Boue biliaire avec choledocite sténosante étendue

2) Les conditions locales

Dans d'autres circonstances ce sont les conditions anatomiques locales qui empêchent de réaliser l'opération complètement.

Le chirurgien sait ce qu'il faut faire pour traiter cette lithiase mais l'existence d'un bloc inflammatoire et de romaniement anatomique représente un empêchement au montage indiqué..

Une observation dans notre série illustre cette catégorie.

Il s'agit de B. Boualem (obs. n° 1), âgé de 30 ans, entré dans le service le 12/1/70 pour ictère d'allure rétentionnel évoluant depuis 2 mois, opéré en 1966 pour sténose pylorique. Il est donc réopéré le 25/2/71 pour ictère rétentionnel - le bilan per opératoire montre un blindage de la région sous mésocolique que l'on dissèque pendant longtemps.

La gastro enterostomie faite au cours de l'opération précédente est perméable et libre. A la fin du temps de dissection, on se trouve devant une maladie scléreuse de la région sous hépatique.

De nombreux calculs adhérents semblent s'ouvrir dans l'estomac. La vésicule n'est pas reconnaissable.

Au niveau de la voie biliaire principale, il y a une sténose étendue de la voie biliaire principale depuis le confluent biliaire jusqu'à sa partie duodénale. On ne peut affirmer l'absence de lithiase (photo n° 1). Lavage à grande eau de la V.B.P. qui ramène du sable biliaire. Le cathéterisme de la partie inférieure du choledoque est difficile. Ablation d'un polype gastrique au niveau du pylore.

- Les conditions post opératoires locales et générale furent très mauvaises avec suppuration de la paroi et fistule compliquée bilio - digestive et pariétale.

L'ictère persiste accompagné de splénomégalie et d'ascite.

Des contrôles radiologiques successifs sont faits. Le dernier fait le 25.5.71 montre que le drain de Kehr est bouché (Photo n° 2)



Cliché n° 2

B. Boualem - . 1

Cholangiographie de contrôle 3ème mois

Sténose moins importante - Drain ramenant de la boue biliaire

On réintervient le 6.7.71 pour lithiasc résiduelle intra hépatique par voie médiane itérative.

L'ablation du drain de Kehr montre que la branche supérieure était obturée par la boue.

Lavage abondant des 2 canaux hépatiques en s'aidant de la pince à calcul et de la drague. Beaucoup de boue est retirée.

La cholangiographie de contrôle est satisfaisante : mise en place d'un drain de Kehr.

Dans les suites : persistance de l'ictère avec amaigrissement et fistule épigastrique qui s'est tarie avant sa sortie le 8.11.71 avec une cholangiographie de contrôle satisfaisante de 18.8.71

3) Enfin dans une dernière circonstance, c'est une incapacité technique qui est responsable de l'abandon du calcul.

Dans l'observation n° 2, le chirurgien s'avoue incompetent à traiter un empièchement et adresse le malade dans le service après avoir pratiqué une cholecystostomie et un drain de Kehr.

II - La deuxième variété nosologique est représentée par la lithiasc RÉCIDIVANTE

Les calculs récidivants de la voie biliaire principale sont rares mais soulèvent de très importants problèmes étiopathogéniques quand les commentaires de la première intervention ne permettent pas de mettre en évidence les raisons de la méconnaissance du calcul découvert à la réintervention.

Les critères qui permettent d'affirmer la nature récidivante sont arbitraires. Aussi, faut-il être particulièrement exigeant quant à ces critères:

1 - La notion d'intervalle libre est très importante sans POUR autant être absolue, elle reste insuffisante et discutable.

a) En effet dans les lithiascs méconnues de la voie biliaire principale, l'intervalle libre peut être extrêmement long.

b) et inversement dans les sténoses traumatiques de la voie biliaire principale, Pernod et Hautefeuille ont remarqué souvent l'existence fréquentes de concrétions apparues au-dessus de la sténose.

2 - Un autre critère encore discutable, l'aspect du calcul lui-même. Les calculs à facettes seraient plutôt en faveur d'un calcul oublié d'origine vésiculaire. Le long calcul en orive enclavé serait en faveur d'une lithiase récidivante.

3 - Souvent le calcul développé autour d'un corps étranger comme un fil de suture ou un drain perdu en polythène, est témoin d'une lithiase récidivante. Nous en présentons un cas. (obs.n° 4).

4 - En fait en dehors du long intervalle libre auquel nous avons attaché de la valeur, nous nous sommes surtout basés sur les examens radiomanométriques pratiqués lors de l'intervention initiale, lorsque la R.M.M. per opératoire affirmait la vacuité et l'intégrité de la voie biliaire principale et que cette R.M.M. était techniquement correcte.

La pathogénie de cette récurrence fait intervenir plusieurs facteurs qui sont ceux de lithiase en général :

- l'existence de substances précipitables
- le défaut de substances solubilisantes
- l'obstacle à l'évacuation des voies biliaires entraînent stase et infection.

Pratiquement on ne peut étudier que le troisième facteur.

En effet l'étude de l'évacuation de la V.B.P. a été faite dans la majorité des cas par R.M. et dans toutes nos observations il existait :

- un gros cholédoque avec obstacle de la partie inférieure
- les facteurs stase et infection ont toujours été retrouvés
- l'obstacle à l'évacuation biliaire a été retrouvé selon les cas.

R.M. = Radio manométrie

La majorité des récidives est à rapporter à une oddite et à une pancréatite chronique. Ces lésions existaient-elles lors de la première intervention ? Ont-elles été reconnues lors d'un premier contrôle ? Ont-elles été sous-estimées ? Ont-elles évoluées ? Telles sont les questions que l'on peut se poser.

Il faut rappeler les autres causes classiques de lithiases récidivantes :

- corps étranger (fil de suture - drain perdu)
particules alimentaires
- moignons cystiques
- caillots organisés
- infection ascendante
- le reflux duodeno-choledocien évoluant à la faveur d'une dystomie duodénale.

Nous rapportons un cas de récidive sur oddite.

(Observation n° 3). Il s'agit de M. CH. Hocine opéré le 29.9.64 pour lithiasse choledocienne. Le bilan montre un foie cirrhotique, une micro-lithiasse vésiculaire, de la pediculite, un cholédoque dilaté, un pancréas apparemment normal et une grosse rate pathologique. La radionucléométrie par opérateur montre une pression à 24 cm et sur les clichés un arrêt en cupule de type lithiasique. Pas de passage à travers l'oddi.

T.T. : Cholecystectomie, ablation du calcul par choledocotomie, drainage de Kehr, subinctérotomie.

6 ans après, le 13.12.1970, le malade est réadmis pour un syndrome cholédocien. Il décède la nuit de son admission.

L'autopsie faite le lendemain montre : un cholédoque dilaté contenant un gros calcul en cigare friable, des calcifications dans le pancréas qui est par ailleurs très dur, et des micro-adénopathies dans la chaîne mésentérique supérieure.

Réflexion : lors de la première intervention, la R.M.M. montre : une pression à 24 cm, un arrêt en cupule et surtout pas de passage à travers l'oddi qui signe de façon quasi certaine, en plus de la présence du calcul, la présence d'une oddite.

L'observation n° 4 illustre la formation de calcul sur corps étranger. Madame CH... Z'hor, 46 ans, est opérée en 1966 dans le service pour macro-lithiasse vésiculaire. Au cours de la cholecystectomie, il se produit une plaie accidentelle du cholédoque pour laquelle on pratique une suture sur drain en polythène. Au bout d'un an surviennent des poussées d'angiocholite et de subictère qui cèdent au traitement médical.

La cholangiographie I.V. faite le 25.5.68 montre un cholédoque normal et un bon passage odlien.

Cette malade est réopérée pour angiocholite.

Au bilan per opératoire on trouve une pédiculite importante et des adénopathies.

Par choledocotomie, on extrait un drain de polythène encrassé de boue biliaire et de microcalculs. On réalise ensuite une choledoco-jejunistomie latéro-latérale, sur une anse en Y après contrôle radiologique.

Dans cette observation, la culpabilité du drain en polythène ne laisse pas de doute.

Observation n° 5. Madame A... Jossauda, 68 ans, opérée en 1967 pour cholecystite aiguë. La R.M.M. per opératoire de contrôle montrait une voie biliaire principale normale et un bon passage odlien.

T.T. Cholecystectomie. Les suites furent parfaites.

2 ans plus tard, apparition d'un ictère et d'une angiocholite. La cholangiographie intra veineuse montrait une lithiasse choledocienne et le T.G.D. une hernie hiatale réductible.

Réintervention le 15.1.71 : Le bilan montre une pédiculite une voie biliaire principale dilatée à paroi normale. R.é.é. per opératoire : calcul à la jonction cystico choledocienne. Il y a bon passage addien.

T.T. : ablation de calcul + drainage de Kehr.

Les suites furent excellentes.

L'affirmation de la nature récidivante de la lithiase est basée sur la constatation de l'intégrité des voies biliaires à la radio de contrôle lors de la première opération.

III - La lithiase résiduelle proprement dite

C'est la plus fréquente, la classification proposée par l'école lilloise (Combemale et Tomayo) nous paraît la plus appropriée car elle permet d'envisager la prophylaxie.

On distingue en effet :

1 - Le calcul non recherché

2 - Le calcul méconnu.

1 - Le calcul non recherché

Ce terme désigne le calcul de la voie biliaire principale dont l'existence n'a pas été recherchée au moment de la première intervention. Ils sont le fait de l'absence de l'exploration de la voie biliaire principale instrumentale et radiologique per opératoire. Leur étiologie est donc sans mystère et la responsabilité de l'opérateur est évidente.

En effet, les signes cliniques classiques ne sont pas toujours retrouvés dans la voie biliaire principale et la cholangiographie pre-opératoire ne permet de porter le diagnostic de certitude que dans 50 % des cas (Hallett Guy)

L'exploration de la voie biliaire principale per-opératoire est donc une nécessité sur laquelle on ne devrait plus insister.

Cependant, lors d'une intervention pour syndrome abdominal tel que péritonite, pancréatite aiguë, le désir légitime de ne pas compliquer l'acte opératoire et de ne pas aggraver son risque fait parfois négliger la vérification de la voie biliaire principale

2 - Les calculs non reconnus

Ce terme groupe les calculs résiduels qui ne furent pas découverts à l'exploration radiologique et instrumentale après intervention pour lithiasse biliaire. Ils posent surtout le problème de la valeur diagnostique de l'exploration instrumentale.

L'examen radiologique de la voie biliaire principale nécessite une installation radiologique correcte et un soin particulier à son exécution, ainsi que dans la lecture et l'interprétation des clichés radiologiques ; l'examen radiologique encadrant l'extraction instrumentale du calcul : c'est la technique employée dans le service.

L'association, exploration instrumentale et radiologique ne met pas à l'abri de l'oubli.

Il est difficile de préciser d'après les compte-rendus opératoires le déroulement exact de l'intervention première dans nos observations et en particulier la situation des calculs et leur nombre.

Cependant à la lecture de certains clichés, on retrouve les facteurs favorisant la méconnaissance et l'oubli du calcul : leur nombre , leur mobilité, leur petite taille, leur fragmentation au cours de l'extraction, leur siège haut situé ou au contraire vaterien. Dans certains cas, le calcul peut être décelé à postériori sur le contrôle radiologique en fin de l'opération. Dans d'autres cas, une étude même très attentive des clichés ne permet pas le diagnostic.

Enfin c'est grâce à l'amélioration de l'appareillage radiologique (utilisation d'amplificateur de brillance) et à la minutie de l'exploration que l'on verra disparaître cette catégorie de calculs résiduels.

Certains auteurs reconnaissent l'utilisation de la cholecoscopia (Dr. Lortat Jacob) et la détection des calculs par les ultra sons. Ce sont là des méthodes d'exploration qui ne sont pas encore répandues.

Une place particulière doit être réservée à la lithiasse intra hépatique dans la pénèse de la lithiasse résiduelle. Elle est la grande pourvoyeuse de calculs restants. En effet lors du contrôle radiologique per opératoire les calculs intra hépatiques peuvent passer inaperçus et ne se manifester qu'ultérieurement.

La possibilité d'un diagnostic pré et per opératoire suivi de la sanction thérapeutique qui s'impose augmente l'intérêt de cette localisation trop souvent méconnue avant de multiples opérations pour calculs restants.

Un cas mérite d'être cité (Observation n° 9).

Il s'agit de Mme Z... Fatima, 24 ans, opérée en urgence pour angiocholite, ictère + péritonite biliaire.

A l'intervention, on découvre un cholepéritoine un empièchement extra et intra hépatique. Il s'agit de calculs de la taille de pois chiche. Au niveau du foie, il existait des micro-abcès.

La R.M.N. ne fut pas faite.

On lui pratiqua une cholecystectomie - extraction de calculs par choledocotomie + drainage de Kehr.

Dans les suites opératoires, l'ictère et l'angiocholite persistaient toujours.

La biligraphie de contrôle post-opératoire montrait une lithiasc restante.

Réintervention le 16.7.1969 : ablation de plusieurs calculs par choledocotomie.

- La R.M.N. montre 2 calculs restants dans l'hépatique droit et 1 calcul enclavé au niveau du sphincter d'oddi.

- Il fut réalisé une sphinctérotomie qui permit d'extraire le calcul enclavé au niveau de l'oddi. Remise d'un drain de Kehr et abandon des 2 calculs de l'hépatique droit.

IV - Fausse lithiasc résiduelle (Kyste hydatique du foie)

Il est opportun de rapporter ici une observation(n°16) de fausse lithiasc (kyste hydatique rompu dans les voies biliaires). Il s'agit de M. Z..... Laghouati, 36 ans, opéré en 1967 à la C.C.A. pour un empiérement cholédocien pour lequel il fut pratiqué une cholédocotomie + sphinctérotomie, 5 mois plus tard, il présente une angiocholite + ictère. Il est réopéré le 25 avril 1968 avec le diagnostic probable de lithiasc restante. A la biligraphie per opératoire : il n'y a pas d'injection des voies biliaires intra hépatiques, par contre l'oddi est perméable. On pratique une choledocotomie par laquelle on découvre des débris de membranes. Extraction des membranes dont l'examen anatomopathologique affirme l'origine hydatique et l'on réalise un drainage de Kehr.

Cette observation en marge de la lithiasc restante est intéressante à plusieurs points de vue.

1) A titre prophylactique : chaque fois que l'on pratique une intervention sur les voies biliaires, on doit procéder à une exploration systématique et méthodique à des fins de

dépistage d'affections en particulier K.H. du foie sachant que nous sommes en zone d'endémie hydatique.

2) A titre thérapeutique

Le traitement de ces vésicules hydatiques de voies biliaires est identique à celui de la lithiase biliaire en général, consistant en une désobstruction suivie de drainage. A notre malade, il fut pratiqué : une extraction des vésicules + drainage de Kohr (l'oddi étant perméable grâce à la sphinctérotomie antérieure).



Cliché 3

Fausse lithiasc résiduelle ; cholangiographie post-opératoire ;
Kyste hydatique ouvert dans le canal hépatique gauche.

V - ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I - Etude des calculs

1) Leur nombre est variable

Nombre	1	2	3	Plusieurs
Type de calculs	Calcul	Calculs	Calculs	Calculs
Calculs résiduels	2	2	1	4
Calculs récidivés	2			2
Calculs abandonnés	1			1
AU TOTAL	5	2	1	7

Ce tableau montre bien qu'il s'agit le plus souvent :

- soit d'un calcul unique
- soit de plusieurs calculs, reste d'un empiérement.

Le calcul unique est retrouvé autant de fois dans la lithiase résiduelle que récidivante.

Par contre, la plurilithiase est retrouvée 2 fois plus dans la lithiase résiduelle.

2) Leur type

Macrolithiase 9 fois, dont

- 5 résiduelles
- 1 abandonné
- 2 récidivantes

Microlithiase 7 fois, dont

- 5 résiduelles
- 1 récidivante
- 1 abandonné

Les calculs sont volumineux dans plus de la moitié des cas surtout quand il s'agit d'un calcul unique.

A côté des calculs bien constitués, il existe des concrétions calculeuses plus fines et une boue biliaire plus ou moins cohérente et dense.

Dans 2 cas (observations 2 et 4 déjà citées) l'opérateur se trouve devant un magma boueux avec de petites concrétions calculeuses qui sont retirées par petits bouts sans qu'on puisse affirmer après un lavage copieux que la voie biliaire principale est complètement désobstruée.

3) Le siège des calculs

L'étude du siège par contre a plus d'intérêt. Il suffit d'un petit et unique calcul pour provoquer les manifestations cliniques les plus violentes lorsqu'il s'enclave dans le bas cholédoque et inversement, un empiérement peut rester longtemps muet s'il permet le passage de la bile.

:	:	:	:
:	Siège	:	Nombre
:	:	:	de cas
:	:	:	:
:	Canaux hépatiques	:	1
:	:	:	:
:	Jonction cystico-	:	:
:	choledocienne	:	3
:	:	:	:
:	Bas cholédoque	:	7
:	:	:	:
:	Localisation diffuse	:	:
:	de la V.B.P. intra	:	:
:	et extra hépatique	:	4
:	:	:	:

On note avec intérêt que chaque fois qu'il s'agit d'un calcul unique, il est situé soit au niveau de la jonction

cystico-choledocienne, soit dans la partie inférieure du cholédoque. (Zones de rétrécissement anatomique).

Par ailleurs, dans les cas de localisations multiples, il existe au moins un calcul au niveau du 1/3 inférieur du cholédoque, parfois enclavé et cause des symptômes qui amènent à la réintervention.

Les calculs se localisent souvent aussi dans les canaux hépatiques, avec semble-t-il une certaine prédominance au niveau de la branche hépatique gauche qui présente une configuration anatomique favorisant ce siège puisqu'il s'agit d'un canal horizontal.

localisation hépatique 4

localisations diffuses 4

5 lithiases intra hépatiques,

qui se répartissent ainsi : 2 dans le canal hépatique gauche

2 bilatérales

1 dans le canal hépatique droit

II - Les lésions de voie biliaire principale.

a) Elles portent sur le calibre de la V.B.P. : cette lésion est constante dans toutes nos observations, le chirurgien apprécie cette dilatation en la comparant à un doigt, à un pouce ou à deux doigts.

Parfois cette dilatation prend des proportions énormes
"Aspect d'une anse grêle en occlusion" (Julien)

b) Les lésions inflammatoires de la V.B.P. et du voisinage

En effet ces malades opérés plusieurs fois présentent des réactions inflammatoires cholédociennes et pericholédociennes qui rendent l'abord de la V.B.P. très difficile.

Dans notre série, nous retrouvons :

- Voie biliaire dilatée tous les cas
- Pédiculite10
- Blindage de la région sous hépatique..... 2
- Absès sous phrénique + pédiculite 1

Ceci explique les difficultés rencontrées lors des réinterventions. A ces difficultés viennent s'ajouter les phénomènes hémorragiques dus à la neovascularisation.

Le bloc inflammatoire est parfois tel qu'il est impossible d'aborder le cholédoque sur son trajet pédiculaire et qu'on ne peut l'aborder que par en bas en exécutant une sphinctérotomie d'emblée, soit en sus mésocolique (Goinard), soit en sous mésocolique (Roux)

c) Les sténoses de la voie biliaire principale

Une seule fois une sténose cholédocienne a été retrouvée, elle se situe au-dessus de l'abouchement du cystique.

Habituellement ces sténoses sont fréquentes au niveau de l'ancienne ligature du cystique.

III - Les lésions associées

1) Lésions associées de la voie biliaire accessoire. La présence de la vésicule ne s'explique que lorsque la première intervention consiste en une cholecystostomie ou une cholecystendèse, mais devient beaucoup plus discutable lorsque la lithiase cholédocienne a été traitée d'emblée, comme ce fut le cas d'un des malades qui nous fut adressé d'un hôpital de l'intérieur.

Il est évident que ces méthodes n'ont plus cours depuis longtemps.

2) Les lésions du cystique.

Il n'est pas exceptionnel de trouver un cystique long, épais, souvent scléreux qui, dans des cas assez rares, joue le rôle d'une nouvelle vésicule et surtout peut contenir parfois des calculs.

Julien sur 100 cas de lithiase résiduelle trouve 27 cas de moignon cystique volumineux.

Ce chiffre est à rapprocher de celui de Mac Manus qui, sur 109 réintervention en trouve 31.

3) Les lésions hépatiques.

Dans 2 cas, la cirrhose a été confirmée par la biopsie, Les lésions hépatiques restent le plus souvent très discrètes, reversibles, davantage de type inflammatoire que de type cholestatique et ne s'accompagnent d'aucune ébauche de sclérose mutilante.

Dans d'autres cas, il s'agit de lésions aiguës nécrosantes plus ou moins étendues par cholestase probablement totale et brutale.

4) Les lésions pancréatiques

La pancréatite chronique : elle est affirmée uniquement sur les données de la palpation dont on sait pourtant qu'elles sont bien infidèles.

Sur nos 15 malades personnels, 2 fois la pancréatite chroniques fut affirmée. Cette réaction pancréatique a toujours été discrète, jamais assez importante pour être la source de complications d'ordre mécanique (compression, refoulement et sténose du cholédoque).

5) Les lésions oddiennes

2 malades seulement sont porteurs d'une oddite. Malheureusement il n'a jamais été fait de biopsie. On peut l'affirmer d'une façon précise soit sur la notion d'un sphincter d'oddi infranchissable instrumentalement avec une sensation de sclérose et d'enduration, soit sur l'existence d'une pression de passage élevée lors de la R.M.M. de contrôle : avec absence de passage oddien radiologique le spasme étant exclu par une épreuve au nitrate d'amyle.

IV - Conclusion

Ce chapitre d'anatomie pathologique nous permet de souligner l'importance des remaniements anatomiques qui rendent souvent difficile la dissection chez ces malades réopérés.

Il permet aussi de souligner la fréquence des lésions associées dont un bilan complet est nécessaire afin de préciser les causes d'échecs de la première intervention et d'envisager la tactique thérapeutique la plus adéquate.

oooOooo

VI - D I A G N O S T I C

Le diagnostic de lithiase résiduelle peut être évoqué dans deux circonstances différentes :

1) Malades porteurs d'un drain externe. (il s'agit le plus souvent d'un drain de Kehr et plus rarement d'un drain cystique). Le diagnostic est fait sur les cholangiographies post-opératoires pratiquées par le drain.

2) Chez les malades non porteurs d'un drainage externe ou dont le drain a été enlevé, le diagnostic est suspecté sur un ensemble de signes cliniques ~~et est~~ confirmé par des examens radiologiques.

I - Les malades porteurs d'un drain de Kehr :

5 malades ont été réopérés avec le drain de Kehr en place (1 drain de Kehr fut accidentellement enlevé chez un sixième malade), une cholangiographie a permis de voir le calcul pour ces 5 malades. Les situations où fut posé le diagnostic sont différentes.

1 - Dans 2 cas, la radio n'a fait que confirmer un diagnostic déjà certain : il s'agit des 2 cas de calculs sciemment abandonnés: B. Boualem observation n° 1 déjà citée et l'observation n° 2, il s'agit de B... Amar, opéré en 1967 pour lithiase et pancréatite, il lui fut pratiqué une cholecystectomie et un drainage de Kehr. Réopéré le 16.4.68, on découvre un abcès sous-phrénique que l'on draine puis on pratique une cholecystectomie. La biligraphie par ponction du choledoque montre un calcul qu'on abandonne(photo n°4) Réopéré le 31.5.1968(Photo n° 5) il lui fut pratiqué une choledoco duodenostomie latéro latérale.

2 - Dans d'autres cas la cholangiographie de contrôle affirme le diagnostic soupçonné cliniquement.



Photo N° 4

B...Amar - observ. 2

cholangiographie per opératoire du 16.4.68
un gros calcul cholédocien qui sera abandonné

Photo N° 5

B...Amar - observ. 2

Cholangiographie post-opératoire du 31.5.68
Lithiasie sciennment abandonnée : gros calcul
implanté dans le 3° duodénum
Voie biliaire principale dilatée.

a) La persistance de la douleur, de la fièvre, de l'ictère EST le tableau le plus évocateur. L'observation n° 8 en est un exemple.

Il s'agit de l'me L....Fatima, opérée le 8.8.70 au Pavillon de garde pour cholecystite aiguë (Il s'agissait d'un pyo-cholecyste avec macrolithiase, pas de R.I.I. per opératoire). On pratique une cholecystectomie et un drain de Kehr pour plaie accidentelle du cholédoque.

Dans les suites post-opératoires il y a apparition d'un ictère fébrile, les contrôles radiologiques faits par le drain les 23.8.70, 15.9.70 et 1.10.70 (cliché n° 3) montre une lithiase résiduelle et un rétrécissement. Réopérée le 9.10.70 : on lui a pratiqué l'extraction des calculs, une sphinctérotomie et mise en place d'un drain de Kehr de calibre (cliché n° 4) La cholangiographie de contrôle du 22.10.70 montre l'absence de calcul et la persistance d'une rétraction.

Autre exemple : observation n° 9

Il s'agit de Z... Fatima, opéré en urgence pour angiocholite et péritonite biliaire. A l'intervention le 23.6.68, on découvre un cholepéritoine et un empièchement choledocien extra et intra hépatique ; on lui a pratiqué une cholecystectomie et un drainage de Kehr.

Dans les suites opératoires elle présente un ictère persistant avec angiocholite, la cholangiographie par le drain montre une lithiase oubliée.

On réintervient 3 semaines plus tard pour extraire des calculs : on pratique une sphinctérotomie. On remet en place un drain de Kehr. On a dû abandonné 2 calculs dans l'hépatique droit.

b) Ailleurs une déperdition trop importante attire l'attention. Julien rapporte un cas où la déperdition dépasse 1,300 litre, chez nos malades elle n'a guère dépassé 700 cc et s'est trouvée continente de l'ictère.

c) Enfin l'émission de fins calculs et de boue biliaire PAR LE DRAIN DE Kehr est une preuve formelle. Nous avons dans l'observation n° 1 : rejet de calculs et de boue par le drain mais il s'agissait d'un malade chez qui ont a sciemment abandonné les calculs.

Dans une dernière circonstance c'est la radio de contrôle par le drain de Kehr, faite de façon systématique en dehors de toute symptomatologie anormale qui met en évidence les calculs restants et conduit à une réintervention précoce. Le contrôle radiologique post-opératoire par le drain de Kehr est nécessaire. La technique doit être rigoureuse avec des clichés de remplissage en couche mince pour opacifier les canaux biliaires, et en fin des clichés de vidange. Ainsi dans l'observation n° 10 alors que le malade dépérissait progressivement, la cholangiographie par le drain de Kehr montrait 2 petits calculs près de la jonction cystico-choledocienne. Mais la voie biliaire principale a beaucoup diminué de calibre, c'est la seule malade qui a bénéficié de la technique de Pribram.

II - La lithiase restante chez des malades dont la voie biliaire n'est pas drainée (soit que la voie biliaire n'a pas été drainée ; soit que le drain a été enlevé).

Le diagnostic n'a pas été fait dans la période post opératoire. Les signes cliniques n'apparaissent qu'après un certain intervalle libre, et nous amène à pratiquer de nouveau une cholangiographie.

1) L'intervalle libre : c'est l'intervalle de temps entre la première intervention et l'apparition des premiers signes cliniques. Les troubles peuvent apparaître après un intervalle libre dont la durée peut aller de quelques mois à plusieurs années, cette latente apparition de signes cliniques n'a rien de particulier et il est bien connu que des lithiases cholédociennes authentiques peuvent rester latentes pendant des années.

- moins d'un mois 6 cas

- de 1 mois à 1 an 2 cas

- de 1 à 3 ans 6 cas

- plus de 3 ans 1 cas

Ainsi les premières manifestations de la lithiase restantes sont apparues avant la première année dans 8 cas sur 15



Photo N° 6

L...Matima - Obs. 8

Cholangiographie par le drain après
la première intervention

Calculs résiduels dans le bas cholédoque
avec signes de sténose au niveau du car-
refour.

Photo N° 7

L...Matima - Obs. 8

Cholangiographie postérieure à la
seconde intervention : absence de
calculs, persistance de la zone de
sténose - Pronostic réservé -

Julien sur 42 observations a eu 25 fois un intervalle libre inférieur à un an.

Lataste et Labardie sur 20 cas observent 14 fois un intervalle libre inférieur à un an.

Mallet Guy : 23 fois la première année sur 57 cas.

Pour Hugues par contre dans 22 fois sur 68 cas.

Pour Roux, intervalle libre supérieur à 10 ans, 5 cas sur 40 malades.

	Intervalle libre	Intervalle entre les 2 interventions	Signes
A. Messaouda	1,5 an	3 ans	D.F.I.
C. Hocine	7 ans	D.C.D.	D.F.I.
G. Zhor	1 an	2 ans	F.I.
H. Fatima	0	3 mois	Fistule ictère
D. Taous	1 an	5 ans	D.F.I.
D. Fatma	2 ans	2 ans	D.F.I.
B. Aïcha	1 an	1 an	D.F.I.
M. Laïd	1 mois	D.C.D. 3 ans après	D.F.I.
B. Chérifa	8 mois	10 mois	D.F.I.
S. Mekioussa	2 ans	5 ans	Douleurs I.

D. = douleur - F. = fièvre - I. = ictère

2) Les signes cliniques

Les signes cliniques qui évoquent la lithiase restante peuvent se combiner de plusieurs manières et de toute façon doivent attirer l'œil chez un ancien opéré des voies biliaires.

Nous avons des preuves suffisantes sur 10 cas

- Douleur, fièvre, ictère 7 cas
- Fièvre, ictère 1 cas
- Douleur ictère 1 cas
- Fistule biliaire ictère 1 cas

Ainsi donc dans la plupart des cas se trouve constitué le tableau typique avec douleur fièvre ictère ou ictère associé, soit à la douleur, soit à la fièvre, soit à la fistule biliaire.

L'ictère a été l'élément clinique constant dans toutes nos observations.

Julien rapporte 61 cas

Fièvre + ictère	20 cas
Douleur + fièvre + ictère	18 cas
Douleur seule	11 cas
Douleur + fièvre	4 cas
Fièvre seule	3 cas
Douleur + ictère	2 cas
Ictère seul	3 cas

L'idée qui se dégage de ces tableaux est que tout accès d'angiocholite chez un opéré des voies biliaires doit faire évoquer la lithiase résiduelle quelque soit le premier signe révélateur.

Nous avons un cas de malade porteur d'une fistule biliaire externe :

Il s'agit de H...Fatma, Observation N° 15, opérée le 20.11.68 à OUARGLA pour lithiase choledocienne. Il lui fut pratiqué une cholecystectomie et un drainage de Kehr.

Réintervention le 5.12.68 à OUARGLA où on crée une plaie accidentelle du cholédoque, elle est hospitalisée 17 jours après dans le service avec une fistule biliaire externe, un ictère persistant et un très mauvais état général.

Le 6.1.69 la fistulographie montre des images qui sont interprétées comme : "calculs ou bulles d'air".

Réopérée le 10.2.69 pour fistule biliaire post cholecystique et abcès sous phrénique (cliché n° 8)

La radiomanométrie par le moignon cystique montre de nombreux calculs dans le cholédoque ainsi que dans le canal gauche.

- extraction des calculs par choledocotomie
- sphinctérotomie + drainage de Kehr

Dans ce cas, la fistule a été le signe révélateur au même titre que l'ictère.



Photo N° 8

H...Fatma - Observ. 15

Cholangiographie per opératoire du 10.2.69

Lithiase cholédocienne résiduelle avec fistule biliaire
externe au niveau du moignon cystique.

Chez 10 cas porteurs de fistules biliaires, rapportés par Julien, la fistule biliaire a été le signe clinique révélateur de la lithiasé résiduelle. Cette fistule a toujours succédé

- soit à un ictère
- soit à des accès d'angiocholite

et n'a jamais entraîné une déperdition biliaire importante (facteur de déséquilibre hydro électrolytique).

Le plus souvent il s'agissait d'une fistule intermittente donnant peu de bile, dont la fermeture coïncidait avec des accès d'angiocholite ou un ictère.

KNORRE par contre accorde beaucoup d'importance à la fistule biliaire externe. Il a estimé que sur 27 fistules choledochiennes qu'il a observées au cours de 7500 interventions biliaires en 25 ans, 18, soit plus de la moitié, avaient pour origine un calcul restant de la voie biliaire principale.

Pour de VERNEJOU, le signe le plus fréquent est la douleur

- La rétention biliaire est rarement notée
- et les accès fébriles, type angiocholite n'ont été observés que dans 3 cas sur 10 de lithiases restantes.

THOMSON note l'existence de douleur dans 50 %, l'Ictère dans 20 cas sur 28 et d'angiocholite 9 cas.

Il est exceptionnel qu'une complication très grave, à savoir la péritonite biliaire, soit révélatrice de la lithiasé restante : Pour Pernod, Varenge et Jacquier 2 % des cas.

3) Les signes radiologiques

Si les tableaux cliniques ne font que soupçonner la lithiasé résiduelle ou l'évoquer, l'exploration radiologique nous permettra de confirmer ou d'infirmer la présence de calculs et de découvrir éventuellement d'autres lésions.

Nous avons pratiqué trois types d'examens :

- des cholangiographies I.V. pré opératoires
- des fistulographies
- des transits gastro-duodénaux.

1) EXPLORATION RADIOLOGIQUE PRE OPERATOIRE EN L'ABSENCE DU
DRAIN DE KHER

	CHOLANGIOGRAPHIE	FISTULOGRAPHIE	T G D
H...Fatima N° 15	Foie exclu	Difficile à interpréter de toute fa- çon on opère	
D...Fatima N° 13	Foie exclu		
S...Mekioussa	Cholangiographie transphépatique arrêt en cupule		Reflux od- dien en voit 2 calculs

Sur 10 malades ne portant pas de drain de Kher et tous ictériques, on a pratiqué 3 cholangiographies : 2 fois en I.V. où elles montraient un foie exclu et une fois par voie transhépatique chez S... Mekioussa où elle montrait un arrêt en cupule (observation n° 8 - photo 10)

Cette bilioraphie I.V. ne peut être faite et n'a d'intérêt que chez un malade non ictérique.

Quant à la cholangiographie transpariétale, elle ne peut être faite qu'avant l'intervention, une fois que la décision d'opérer ait été prise.

Nos résultats sont bien différents de ceux de Julien chez qui, sur 43 cas, la bilioraphie a permis d'affirmer le diagnostic 33 fois. Il préconise même dans certains cas, quand le cholédoque



Photo n° 10

S... "ickioussa - obs. 8

Cholangiographie transhépatique per opératoire
du 24.6.70 : énorme cholédoque, arrêt en cupule
moignon cystique visible.

est dilaté, de faire des coupes tomographiques pour visualiser ou préciser une image douteuse de lithias cholédocienne invisible sur les clichés simples.

Mallet Guy insiste sur la nécessité d'une réintervention devant l'existence d'un gros cholédoque chez un malade présentant une symptomatologie évocatrice de lithias résiduelle. Ainsi sur 15 cas où il a utilisé la cholangiographie, il n'a obtenu d'image précise que dans 8 cas et dans 7 autres cas des images de gros cholédoque l'ont conduit à la réintervention.

Champeau estime que l'augmentation de la distension cholédocienne par rapport aux examens précédents prend une valeur considérable et doit conduire à la réintervention. Il insiste également sur la valeur qu'aurait la dilation d'un moignon cystique signant la présence d'obstacle bas situé.

La dilatation isolée du canal hépatique gauche aurait une valeur semblable.

2) La FISTULOGRAFIE ne fut pratiquée qu'une seule fois. Elle a pu opacifier la voie biliaire principale mais l'image obtenue laisse des doutes entre bulles d'air et calculs. Mais de toute façon, l'indication opératoire chez ce malade était déjà posée.

3) Dans un cas, S... Mekioussa déjà citée, le diagnostic a été fait par le T.G.D. qui montrait un reflux oddien qui dessinait 2 calculs (Photo n° 9).

Malheureusement les examens radiologiques n'ont pas été pratiqués à tous les malades qui n'avaient pas de drain de Kohr. Ceci est dû essentiellement au fait qu'il s'agissait chaque fois de malades ictériques pris à un stade tardif où l'indication opératoire était déjà posée.



Photo N° 9

S...Mekioussa - Obs. 8

T.G.D. pre opératoire du 23.6.70

Visualisation de 2 gros calculs résiduels
par reflux dans la voie biliaire principale

Les diagnostics préopérateurs furent les suivants :

	NOMBRE	PORCENTAGE
Lithiasse restante	7 dont 5 porteurs d'un drain de Kehr	46,66 %
Ictère post chole- cystectomie	5	33,33 %
Fistule biliaire post cholecystectomie	1	6,66 %
Décès pre opératoire	2	

Ainsi un ~~diagnostic~~ précis de lithiasse restante a été posé chez 7 malades (dont 5 porteurs de drain de Kehr).

5 malades réopérés avec le diagnostic d'un ictère post cholecystectomie
et 2 malades ictériques décédés dès leur admission.

oooOooo

BILAN PREOPERATOIRE

L'indication opératoire posée, un bilan pré opératoire complet s'impose :

1) L'examen clinique de l'abdomen recherchera des lésions viscérales et des tares telles (cirrhose, HTA, splénomégalie, hépamégalie, ascite).

2) L'état de la paroi abdominale est minutieusement examiné.

On recherchera un foyer de suppuration au niveau de l'ancienne cicatrice ou par l'orifice de drainage.

On recherchera la présence d'une éventuelle éventration.

Julien en eu 21 pour 100 malades.

Ces données sont loin d'être négligeables. Elles conditionnent les voies d'abord et amènent à considérer d'emblée leur sanction thérapeutique.

3) L'appréciation de l'état général doit être minutieuse. On recherchera :

- l'état d'asthénie
- le degré d'ictère
- le degré de deshydratation
- l'existence d'une cirrhose
- l'état cardiaque, vasculaire et pulmonaire.

Cet examen clinique est complété par un bilan biologique aussi complet que possible :

- Formule numération sanguine
- Vitesse de sédimentation
- Groupage
- Glycémie, urée, taux de prothrombine, protides, amylémie
- Ionogramme ; complet hépatique.

Nous avons tenté, à la lumière de ces bilans préopératoires de classer nos 15 malades en 3 catégories, en fonction de l'état général.

a) 5 malades sont en très mauvais état général. C'est dans ce groupe que nous avons noté deux décès : l'un dès son admission l'autre le lendemain de l'intervention.

b) 3 malades présentaient un état général médiocre

- amaigrissement
- état fébrile
- variation modérée de la biologie

c) 7 malades étaient en bon état général : capables de supporter dans de bonnes conditions des interventions longues et difficiles.

Soit : $1/3$ des malades en très mauvais état général.

20 % avec état général médiocre

50 % seulement sont en bon état général

Pour Julien, sur 15 malades

15 se présentent en très mauvais état général

15 se présentent en mauvais état général

et 23 en bon état général.

Ainsi dans la plupart des cas, ces malades sont repris avec mauvais état général d'où la nécessité d'une réanimation préopératoire très minutieuse qui aura pour but de corriger les différents désordres :

- l'hypoprotidémie
- le taux de prothrombine
- et l'urémie

La préparation de ces malades, sans trop se prolonger doit s'étaler sur plusieurs jours permettant de pratiquer un traitement préopératoire aussi complet que possible.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic différentiel se pose de façon différente selon que la première intervention a ouvert ou non la voie biliaire principale.

1 - Diagnostic de lithiasse restante après intervention ne portant pas sur la voie biliaire principale :

La survenue de douleur, d'un ictère et de la fièvre doit faire discuter avec la lithiasse restante bien d'autres affections.

Citons les chiffres d'ARIANOF : dans son rapport au Congrès Belge de Chirurgie et qui groupait les statistiques d'une vingtaine de Chirurgiens portant sur les réinterventions biliaires après cholecystectomies :

- lithiasse résiduelle	32 %
- addite organique	9 %
- pancréatite chronique	9 %
- moignon cystique	10 %
- fistule biliaire	5 "
- rétrécissement de la V.B.P.	.9 %
- adhérence	0,3 "
- tumeur bénigne de la V.B.P.	0,2 %
- cancer du pancréas	2 %
- récurrence de la vésicule	0,5 "
- rareté ou indéterminé	3 %
- dyskinésie	8 %
- laparotomie blanche	10 %

A ce même Congrès, de Vernejoul et Henry rapportent :

- 53 réinterventions sur la voie biliaire principale après cholécystectomie.

- 25 lithiases de la voie biliaire principale soit 47 %
- 19 oddites
- 4 pancréatites
- 1 hypotomie oddienne
- 4 gros moignons cystiques dilatés.

Wallet Guy, - 1962 - sur 83 réinterventions pour cholecystectomie obtient :

- lithiasse résiduelle	15 cas (16 %)
- autres lésions digestives	3 cas
- moignons vésiculaires inflammatoires et lithiasse	11 cas
- pancréatite chronique	11 cas
- hypertomie oddienne	10 cas
- hypotomie oddienne	20 cas
- cholangiolite	2 cas
- Névrome du moignon cystique	2 cas

D'après ces quelques données statistiques, la lithiasse restante correspond aux 1/3 des réinterventions après cholecystectomie.

2 - Diagnostic de lithiasse restante après choledocotomie pour lithiasse.

- la lithiasse restante représente une cause de réintervention plus fréquente après choledocotomie.

Citons les statistiques de "OUCHET" et collaborateurs - 1959 - qui ont pratiqué 9 réinterventions après 150 cas de chirurgie cholédocienne.

Sur les 9 cas :

calculs restants	5 cas
oddite	3 cas
angiocholite par reflux	1 cas

Henry et Sahles - 1967 - étudiant les suites éloignées de leurs réinterventions pour lithiase de la voie biliaire principale trouvent à peu près autant de réinterventions pour lithiase restantes que pour oddites, séquelles de sphinctérotomie ou pour reflux.

Ainsi plus de 50 % des réinterventions après lithiase cholédocienne étudiées sont dues à des calculs résiduels.

Pour Julien l'angiocholite apparaissant plus au moins tardivement peut évoquer à côté de la lithiase résiduelle

- a) Sténose post traumatique
- b) une oddite sans calcul
- c) une angiocholite par reflux à partir d'une sphinctérotomie ou d'une anastomose bilio digestive.
- d) soit même un gros cholédoque de sténose.

VI - TRAITEMENT

Le traitement a deux objectifs :

- 1/ Traiter le terrain
- 2/ Traiter la lithiasc

1/ Le traitement du terrain consiste en la réanimation du malade et la préparation à une éventuelle intervention.

Il faut réhydrater le malade et rétablir au plus juste son équilibre sodique et potassique.

- Le sérum glucose hypertonique associé à l'insuline et enrichi de sodium et de potassium selon les besoins constitue le meilleur vecteur de la réhydratation et de l'administration des agents pharmacodynamiques.

- L'association de vitamine K_I associée à la vitamine C l'une et l'autre administrées à hautes doses, corrigent les perturbations de la coagulation et particulièrement la chute du taux de prothrombine.

De la même façon il faut lutter contre l'anémie, l'hyperleucocytose, l'effondrement de la sérine par rapport au globuline, le sang frais ou les solutés d'albumine en offrent les meilleurs moyens.

- L'emploi de fortes doses d'antibiotiques (pénicilline et auréomycine en particulier) injectées par voie intraveineuse entraîne en général une amélioration considérable du syndrome toxico-infectueux.

- Les anti spasmodiques, les agents de la relaxation musculaire, les tubages duodénaux répétés arrivent parfois à provoquer le drainage spontané de la bile infectée.
- L'existence de tare, en particulier : tare cardiovasculaire (artères sclérosées, coronarite insuffisance cardiaque), ou tare bronchopulmonaire : insuffisance respiratoire, asthme sera systématiquement recherchée. Connues, elles permettent de définir les limites de l'acte opératoire et de prévenir les complications qui lui succèdent.

Ainsi la conjonction de ces différents gestes thérapeutiques employés sous un judicieux contrôle biologique donne la possibilité de corriger les troubles déterminés à la fois par l'obstruction et par l'infection biliaire.

2/ Traitement de la lithiasie

Le traitement comme dans toute obstruction de la voie biliaire principale a pour objectif essentiel d'assurer la vacuité totale de cette voie biliaire et la suppression de tout obstacle résiduel.

- La tactique thérapeutique varie selon que l'opéré est encore porteur d'un drain choledocien ou non.

A - Les méthodes non opératoires :

Parmi ces méthodes certaines sont abandonnées d'autres sont encore utilisées par certains auteurs et dans certains cas par particuliers pour éviter les difficultés rencontrées dans les réinterventions biliaires.

a) Voies biliaires non drainées :

Ce sont des méthodes tombées en désuétude, elles utilisent des médications qui augmentent le flux biliaire et relâchent le sphincter d'oddi. Les médicaments utilisés sont des hydrocholérétiques type dycholium, et des antispasmodiques, (aminophylline, puis sulfate neutre d'atropine) administrés

par voie intraveineuse 2 fois par jour pendant 5 jours.
Ces méthodes ont été présentées par RUSSELL, ERST GHOFFROY
et ROUX. Ces auteurs rapportent chacun quelques succès,
mais ces derniers restent rares.

b) Voies biliaires drainées :

I - La méthode de Iribram : cette méthode fut modifiée en un véritable principe thérapeutique par son auteur vers les années 30.

Son principe : l'éther dissout la charpente cholestérolique et libère une boue biliaire qui s'évacue par la papille, Par sa volatisation à 37°, il détermine une hyper-pression favorisant la mobilisation et l'évacuation du calcul.

L'alcool augmente la point d'ébullition et l'huile d'olive favorise l'ouverture de l'oddi et lubrifie la voie biliaire principale.

Compte tenu des modifications apportées par Claude COLIVIER, en voici le protocole :

Le malade est à jeun : après avoir aspiré la bile, on commence par injecter lentement dans le drain choledocien 10 cc. de novocaïne à 1 %, ensuite on injecte très lentement par simple surélévation de la seringue 5 cc. du mélange contenant 2/3 d'éther et 1/3 d'alcool.

On peut alterner d'un jour à l'autre avec 5 cc. de chloroforme. Ces différents liquides injectés doivent être tiédis. Une hyper-pression désagréable due aux vapeurs d'éther ou de chloroforme contraint parfois à interrompre les injections temporairement ou définitivement.

Le drain de Best à double courant permet d'éviter ces inconvénients. La manipulation se termine par l'injection toujours très lente de 5 à 10 cc. d'huile d'olive tiède : puis le drain est clampé.



Photo N° 11

B... Dahbia - obs. n° 11

Cholangiographie per opératoire du 25.8.71

Empierrement de la voie biliaire principale

Ce protocole est mis en oeuvre une ou deux fois par jour si le malade le tolère et une radiomanométrie de contrôle est pratiquée tous les trois jours.

En cas d'échec il est conseillé et justifié de réintervenir précocement sans ablation du drain de Kehr.

Les conditions nécessaires à son application sont :

1/ La perméabilité oddienne

2/ des calculs petits et de nombre restreints

Nous avons utilisé une seule fois cette méthode avec succès chez une femme de 25 ans observation n° 11 Mme B. Dahbia qui a subi lors d'une première intervention une cholecystectomie , une choledocotomie, extraction de calculs et sphinctérotomie associée à un drainage de Kehr pour empierrement choledocien.(Photo n° 11).

La cholangiographie faite par le drain 3 jours après l'opération découvre des calculs oubliés : l'un au niveau de la jonction cystico cholédocienne l'autre dans le bas choledoque(photo n°12) On décide de pratiquer la méthode de TRIBRAL dès le 4ème jour une fois tous les jours pendant deux à trois semaines. Il y eu émiettement pulvérulence des calculs puis évacuation totale au bout du 17ème jour avec retour de calibre de la voie principale à la normale (Photo n° 13).

L'efficacité de ce traitement est évalué de façon contradictoire.

TRIBRAL rapporte 90 % de succès

OLIVIER dans son livre évoque 7 succès sur 8

BEST et RASCHUSSEN ont eu 12 succès sur 14

Par contre HICHTENS rapporte plus de 80 % d'échecs

DELENNVOY sur 20 cas estime que les bons résultats immédiats ont été en se dégradant on n'a obtenu au total que 25 % de guérison.



Photo N° 12

B... Dahbia - Obs. n° 11

Cholangiographie post-opératoire du
9.9.71 sans Pribram

Voie biliaire principale moins dilatée
et présence encore de quelques calculs

Photo N° 13

B... Dahbia - Obs. n° 11

Cholangiographie du 5.10.71 après
17 séances de Pribram.

Voies biliaires de calibre normal,
disparition de tout calcul.

SALTZBERG : sur 18 lithiases restantes obtient 2 guérisons pour 4 tentatives de FRIBRAM.

Conclusion : Cette méthode constitue une thérapeutique souvent efficace et pratiquement sans danger. Son avantage essentiel est d'éviter une réintervention chez des malades âgés éventuellement porteurs de tares, présentant un risque vital. Cependant, son efficacité est conditionnée par des impératifs bien précis.

2 - Nous citerons l'extraction à la sonde de Dormia par le drain de Kehr : c'est une méthode instrumentale d'exception. III. Lagrave, Flessis, et leurs collaborateurs en ont rapporté un cas : certe l'utilisation per-opératoire de la sonde de Dormia pour l'extraction de calculs biliaires est bien connue. Dans le cas qu'ils rapportent, l'emploi de ce matériel en dehors de tout acte opératoire est original. Cependant il faut en souligner le danger majeur que constitue le risque de pincer entre les fils métalliques de la cage la paroi des conduits biliaires et d'en striper littéralement la paroi.

3 - L'extraction à la pince à calcul par le trajet fistuleux après ablation du drain de Kehr (Professeurs LAGACHE et FROYE) Les auteurs rapportent 2 cas qu'ils ont traité par cette méthode sur 44 lithiases résiduelles.

Cette méthode comme la précédente, quoique moins nocive reste une méthode d'exception.

En voici la technique décrite par SALTZBERG

Nous le citons

"Nous reprenons l'incision à cheval sur l'orifice du drain 3 cm de part et d'autre, le long de celui-ci, et de proche en proche est creusé un puit sous aspiration et aidé de 2 écarteurs qui sont en réalité deux longs ciseaux droits.

LAGACHE et FROYE n° 31

SALTZBERG n° 40

LAGRAVE n° 20

Le drain de Kehr servant de fil d'Ariane

On finit par apercevoir les fils de suture de la voie biliaire.

Il faut absolument placer solidement une pince de Bengtlen ou de LERICHE sur chaque lèvre du choledoque.

A ce moment la partie est gagnée : le drain de Kehr est enlevé et la pince à calcul va pénétrer facilement dans le canal biliaire qui constitue le fond de la plaie.

Toute suture est évidemment illusoire, nous mettons une sonde de Fozzer calibrée dans la brèche, et un drain aspiré est laissé dans la cheminée d'exploration".

Les résultats : 5 échecs sur 19 cas.

Cette technique exige qu'une exploration radiologique soit faite avant l'ablation du drain et la critique majeure qu'on lui fait est l'absence du contrôle radiologique en fin d'intervention.

C - Le traitement chirurgical :

La réintervention est toujours une opération grave, car elle est entreprise sur un malade dénutri, éprouvé parfois par une fuite biliaire abondante.

Ce traitement chirurgical comporte plusieurs étapes

- I/ L'abord de la voie biliaire principale
- 2/ L'évacuation des calculs
- 3/ Le traitement des lésions associés
- 4/ Le drainage

I.- L'abord de la voie biliaire principale

Il est rendu très difficile après formation des adhérences dans l'étage sus-mésocolique.

- la voie d'abord pariétale doit permettre d'avoir un large jour sur cette région et doit tenir compte des cicatrices antérieures, des éventrations dont il faut se souvenir en fin d'intervention (pour la cure)

11 malades sur 12 : de notre série furent repris par voie médiane.

Une fois seulement la voie transversale a été utilisée.

D'autres voies d'abord peuvent être pratiquées

- l'incision para mediane
- l'incision sous costale droite
- l'incision transrectale
- l'incision de Riebranco
- l'incision de Mallet Guy

2 - l'abord de la voie biliaire principale

a) Ce repérage de la voie biliaire principale rencontre des difficultés certaines à cause des adhérences occasionnées par la première intervention.

On se trouve devant 2 éventualités :

1/ Les cas faciles où existe encore un drain choledocien ce drain servant de fil d'Ariane nous conduit à la voie biliaire principale.

2/ Les cas difficiles : le bord inférieur du foie est alors un bon repère.

La dissection se fait pas à pas sans créer de dégâts supplémentaires. On libère d'abord les adhérences à la paroi abdominale, ensuite on essaye de dégager progressivement les éléments qui viennent se coller à la face inférieure du foie et qui empêchent l'accès à la voie biliaire principale.

Le repérage reste souvent difficile : il est plus aisé par l'existence d'un moignon cystique. Ailleurs une artère hépatique que l'on sent battre à gauche consitue un bon guide.

En l'absence de ces éléments et au moindre doute on s'adressera à la ponction du choledoque avec une aiguille fine qui permet de prélever de la bile, et de pratiquer aussitôt des clichés.

Dans certains cas la sclérose periradiculaire est telle qu'il faut renoncer à l'abord du radicule hépatique et aborder le choledoque par duodenotomie et sphinctérotomie d'emblée (GOINARD) et pratiquer un ramonage non plus de haut en bas mais de bas en haut à travers le schincter fondu. Lorsque l'abord sus duodéal de la voie biliaire principale est trop malaisé et s'il s'agit d'un calcul bloqué dans la terminaison du choledoque, au niveau de l'ampoule de vater, la voie sous mésocolique de longo permet l'abord direct de la papille.

b) L'exploration radiologique per opératoire

La biliographie per opératoire doit être pratiquée chaque fois qu'il est possible soit par le moignon cystique soit par l'orifice du drain, soit par ponction à l'aiguille, soit enfin par ponction trans hépatique. Aussi on ne doit pas non plus omettre après sphinctérotomie d'emblée type Goinard ou Roux, de prendre plusieurs clichés après injection de bas en haut du liquide opaque de façon à voir l'ensemble de l'arbre biliaire.

Ces clichés sont nécessaires quand l'exploration radiologique pré opératoire a été insuffisante : ils rendent compte :

I - de la lithiasc : nombre, siège, et taille.

2 - et des lésions associées (une éventuelle sténose, une anomalie d'implantation etc...
autant d'éléments qui motivent le choix de l'indication.
Cette biligraphie doit être pratiquée selon une technique impeccable qui permet :

- de mesurer les pressions de passage
- de prendre de nombreux clichés en couche mince (au moins 3)
- d'obtenir une opacification complète des voies biliaires

II.- L'évacuation de la voie biliaire principale

a) l'incision choledocienne est faite :

- verticalement dans la majorité des cas
- transversalement de préférence lorsqu'on a d'emblée l'intention de faire une anastomose bilio digestive.

b) L'extraction des calculs se fait selon les procédés habituels utilisant : pince à calculs, dragues très rarement la sonde de dormia, soit par sphinctérotomie ramenant les calculs de haut en bas.

c) Un lavage abondant de la voie biliaire principale et sous pression complète cette désobstruction et permet souvent l'évacuation de petits calculs et surtout de la boue biliaire.

III.- Le contrôle de la désobstruction

D'abord manuel : on peut palper le pédicule et s'assurer de l'absence de calcul

ensuite instrumental : à l'aide d'une sonde on vérifie la perméabilité oddienne

Mais surtout et nécessairement radiologique avec une biligraphie correctement faite par le drain de Kehr.

Certains auteurs dont Lortat Jacob insistent sur la cholodocoscopia. Celle-ci trouve en effet une bonne indication quant la radiographie présente des insuffisances.

Ainsi avec le controle on évitera beaucoup de surprises désagréables.

Chez nos malades l'exploration radiologique per opératoire a toujours été pratiquée sauf une seule fois ou un bilan radiologique préopératoire parfait avait été déjà fait. Par contre le controle radiologique après ablation de calcul n'a été fait que dans 2 cas ou l'opération s'est terminé par un drainage de Kehr.

Tous les autres cas se sont terminés soit par sphinctérotomie associée à un drainage de Kehr, soit par une anastomose bilio digestive.

IV - Les méthodes de drainage.-

L'intervention sera terminée de façon à assurer le libre transit de la bile et à tenter d'assurer la prophylaxie des recidives.

La façon de terminer l'opération sera discutée en fonction des facteurs suivants :

I - La certitude ou incertitude de la vacuité de la voie biliaire principale et des canaux hépatiques

2 - Le degré de dilatation du choledoque et l'état de ses parois.

3 - L'état du sphincter d'oddi

4 - L'existence de lésions associées, biliaires ou autres

5 - Le terrain.

Aussi termine - t - on

- 1/ par une suture idéale de la choledocotomie (sans drainage)
- 2/ soit par un drainage externe (drain de Kehr ou transcystique)
- 3/ soit une sphinctérotomie ou plastie
- 4/ soit par une anastomose bilio digestive

I - La fermeture sans drainage de la choledocotomie (choledotomie idéale)

- Elle consiste à suturer le choledoque sans laisser de drainage ni externe ni interne.

- Cette attitude est trop imprudente car elle suppose la certitude d'une vacuité totale de la voie biliaire principale et d'une perméabilité oddienne parfaite.

Cette méthode portant sur une voie biliaire principale déjà manipulée probablement infectée, n'obéit pas à ces impératifs

- En outre elle ne permet pas de contrôle post opératoire.

- D'ailleurs elle est très rarement pratiquée, et nous ne l'avons utilisée chez aucun de nos malades.

2/ Le drainage externe.-

Si le bas choledoque est libre et les pressions de passage peu modifiées, la pose d'un drain de Kehr est ~~insuffisante~~ insuffisante.

- ce drainage combat l'hyperpression et soulage la voie biliaire principale en diminuant l'hyperpression.

- Il permet par ailleurs un contrôle ultérieur en post opératoire de la vacuité de la voie biliaire principale et dans les cas malheureux d'oubli de tenter un Pribram iteratif.

Sur nos 12 malades nous l'avons utilisé isolément dans 2 cas une fois chez Mme A. Messaouda (observation n° 3) chez qui il existait un calcul de la jonction cystico-choledocienne. Après extraction des calculs et lavage de la voie biliaire principale on place le drain de Kehr.

La seconde fois chez M. B. Boualem (observation n° 1) qui présentait une lithiasc sciennent abandonnée avec drain de Kehr. Il est réopéré 5 mois après la première intervention le 6.7.70 "La dissection comme prévue, est laborieuse le drain de Kehr qui avait été laissé en place est un guide précieux, son ablation montre que la branche supérieure est complètement obturée par la boue. Lavage à grande eau des 2 canaux hépatiques en s'aidant de pince à calculs et de drague beaucoup de boue est retirée.

La cholangiographie de controle est satisfaisante

Mise en place d'un drain de Kehr".

- Sur nos douze cas opérés le drainage de Kehr seul a été relativement peu utilisé.

. Julien l'a utilisé 34 fois sur 100 soit 1/3 des cas

. Le professeur LAGACHE 23 fois sur 32 cas soit près de 3/4

. SEROR (Strasbourg) l'a utilisé une fois sur 2

et IIEFF dans 34 % des cas

3 - La sphinctérotomie

Son indication s'impose de façon absolue non seulement dans les cas :

- de calcul enclavé

- d'oddite

et dans les cas où la pericholedocite et la sclerose rendent impossible la choledocotomie sus duodénale, mais aussi par

sécurité dans la lithiase à plusieurs éléments du bas chole-
doque, et le cas où il y a une suspicion de calcul des canaux
hépatiques. Un drainage de Kehr lui est très souvent associé.

- chez 3 de nos malades l'indication fut posée par nécessité
- une fois pour calcul enclavé
- deux fois pour lithiase du bas choledoque

Une seule fois seulement par "sécurité" (de peur de n'avoir
pas ramené tous les calculs se trouvant dans le canal hépa-
tique gauche.

l'observation n° 15 en est un exemple. Il s'agit de Mme H. Fatma
adressée d'OUARGLA avec une fistule biliaire.

Réintervention le 10 février 1969

"Après une incision transversale, on découvre un abcès sous
phrénique : la radiomanométrie par ponction dans le moignon
cystique montre de nombreux calculs ainsi que dans le canal
hépatique gauche. La fistule se faisant par le moignon cystique.
L'extraction des calculs est faite par choledocotomie on pra-
tique une sphincterotomie de sécurité et on place un drain de
de Kehr de calibrage".

Au total :

- 4 sphinctérotomies qui représentent le 1/3 de nos opérés,
toujours associés au drainage de Kehr.
- Julien dans sa thèse en rapporte 34 sur 100 soit 1/3 et 8
sans drainage de Kehr.
- Herr l'a appliqué 68 fois sur 100 (34 fois à titre isolé et
34 fois associé au drainage de Kehr.

Julien n° 19

SIROR n° 41

Lagache n° 31

HEFF N° 14

4/ Les anastomoses bilio-digestives :

- Elles furent utilisées 6 fois dans notre série soit 1 fois sur 2
L'indication d'une anastomose bilio digestive repose sur une série d'arguments :

1°) La dilatation importante du choledoque est un argument de valeur
Mallet Guy montre dans un travail récent que la dilatation isolée de la voie biliaire principale a été à l'origine de récidence lithiasique (5 fois sur 492 interventions pour récidence clinique après cholecystectomie) et propose la choledocoduodenostomie comme une cure idéale.

2°) L'existence d'un empiérement de la voie biliaire principale est aussi un argument de valeur à cause du grand nombre de calculs agglutinés entre eux, par la boue biliaire, en particulier lorsque la lithiasie se prolonge vers les canaux hépatiques

3°) L'existence d'une sténose ou d'un retrecissement étendu du bas cholédoque par pancréatite.

4°) Si la sphinctérotomie apparaît impossible (parceque dangeureuse ou à cause des mauvaises conditions locales)

5°) La notion d'une maladie lithiasique récidivante

6°) L'âge du malade, l'anastomose est préférable chez les gens âgés car rapide, pas de fuite biliaire (drain externe), pas de danger (sphinctérotomie)

a) La choledocoduodenostomie de SASSE :

Elle est préférable chez les sujets âgés et tarés à gros cholédoque elle est facile et rapide, mais présente le risque d'angiocholite dû à la sténose et le reflux.

Elle nécessite une anastomose large pour éviter une angiocholite non par le reflux mais par la stase de ce reflux dans les voies biliaires, et est contre-indiquée en cas de stase duodénale.

Pour Melman qui constate au colloque de Paris-Lille qu'aucun cas de lithiasse oubliée ou récidivée ne fut relaté après choledocoduodenostomie, ce risque est en réalité plus théorique que réel, et que si d'aventure une lithiasse persiste ou se reproduit dans le cul-de-sac elle n'a pas de conséquences pathologique bien fâcheuse puisqu'elle aura échappé aux cliniciens.

Chez le jeune l'anastomose bilio digestive peut être préférée dans 2 circonstances :

- 1/ Quand il existe des adhérences abdominales très importantes qui rendent très difficile et très longue la dissection pour isoler l'anse grêle
- 2/ Et quand il existe déjà une gastrectomie type polya ou Finsterer qui ne fait plus craindre le reflux.

b) - La choledoco-jejuno-stomie : sera réservée au sujet plus jeune. D'exécution plus longue, son avantage est d'être possible même sur un cholédoque de calibre moyen.

Les risques de reflux sont minimes avec une anse de longueur suffisante (60 cm)

Tous ces avantages font que cette méthode reste l'anastomose idéale. Des contrôles radiologiques sont systématiquement faits un mois après l'opération.

Un A.S.P. qui doit montrer une pneumobilie (photo n° 14) et un T.G.D qui doit montrer la perméabilité de l'anastomose choledocoduodénale (photo n° 15)



Photo N° 14

S... Mekioussa - Obs. 8
T.G.D. du 27.10.70 de contrôle
après anastomose choledoduodé-
nale latéro latérale : il
existe une pneumobilie.

Photo N° 15

B... Aïcha - Obs. 14
T.G.D. de contrôle après anas-
tomose choledoduodénale latéro
latérale : reflux baryté dans la
voie biliaire principale.

Dans notre série, 6 anastomoses bilio digestives furent réalisées sur les 12 malades

4 choledocoduodénales

2 choledocojejunales

Julien sur 100 cas rapporte 20 anastomoses dont 10 choledocoduodenostomies et 10 choledocojejunostomies

Edelman sur 12 cas en rapporte

- 4 drainages de Kehr
- 3 sphinctérotomies
- 6 choledocoduodenostomies

Ainsi les anastomoses bilio digestives paraissent devoir être largement employées dans le T.T. de la lithiase résiduelle.

Et bien qu'on est rapporté des cas de lithiases après pareille intervention, il semblerait qu'il s'agisse dans ces cas de malfaçon ou de sténose.

oooOooo

TECHNIQUES OPERATOIRES

	1970 12 cas opérés à le C.C.A. Service du Pr. MENTOURI (ALGER)	1963 JULIEN, 100 cas opérés Service du Prof. HIEPP (PARIS)	1968 Pr. LAGACHE (LILLE)	1968 Profes. ROUX C.T.C. PARIS
Cholecystotomie idéale	0	2 2 %	1 3 %	8 21,5 %
Cholecystotomie de Kehr seule	2 17 %	34 34 %	23 72 %	
Cholecystotomie seule	0	8 8 %	1 3 %	20 57 %
Cholecystotomie Cholecystotomie de Kehr	4 33 %	33 34 %	0	
Cholecystotomie d'em- placement sans choledoco- tomie (DOINARD)	0	2 2 %	4 12,5 %	
Cholecystotomie bilio-di- gestive	6 50 %	20 20 %		
Cholecystoduodénale	4 33,5 %	10 10 %	3 9,5 %	8 21,5 %
Cholecystojejunale	2 16,1 %	10 10 %		

V - R E S U L T A T S

A - Résultats post-opératoires

I - Les décès post-opératoires

Un décès sur 12 malades opérés ce qui représente 8,33 %

. Il s'agit de H. Fatima (obs. n° 15 citée déjà) : malade en très mauvais état général, porteuse d'une fistule biliaire externe et qui représentait une angiocholite avec urée à 1,80 g et bilirubine = 53 mg.

Réopérée pour la seconde fois (sphinctérotomie). Décès le lendemain dans un tableau d'urémie irréversible.

Avant 1963

Julien rapporte 5 décès sur 100 malades réopérés

Delonnoy 8 % - Thomson 9 % - Mallet Guy 16 % - Lataste et Lalardie 10 %.

Plus récemment colloque Paris-Lille :

EDELMAN sur 12 cas 1 seul décès 8,33 %

SEROR (Strasbourg) 3 décès sur 30 (10 %)

PROYE et LAGACHE 7 sur 32 (20 %) Lille

Professeur ROUX 11 % (Paris)

SALEMBIER : 4 % (Paris)

D'une façon générale la mortalité post-opératoire reste lourde. La moyenne tourne autour de 10 %. La mortalité pour lithiasse est incontestablement plus élevée que dans la lithiasse biliaire en général ; ce qui ne saurait nous étonner.

A - Les causes générales sont de loin les plus fréquentes. Parmi elles, l'atteinte de l'état général grave, l'insuffisance hépatique, et la défaillance rénale sont au premier plan. L'infarctus du myocarde, l'O.A.P., l'embolie, sont aussi cause de décès.

B - Parmi les causes locales : la pancréatite, et la fistule biliaire sont les plus fréquentes.

Dans notre série nous comptons 3 décès dont deux avant la réintervention.

En voici les observations

1/ M. Laïd, décédé le jour de son admission (obs. n° 12). Il est opéré la première fois à Bordj Bou Arreridj mai 1969 où lui fut pratiqué une cholecystectomie. 6 mois après il présente un tableau d'angiocholite et d'hémorragie digestive haute (hématémèse + méloena), il est admis dans le service un mois après le début des signes, décède le jour de son admission par collapsus.

L'autopsie révèle : 1 gros calcul en bout de cigare au niveau du bas choledoque, 4 ulcérations gastriques de 1 cm de taille au niveau de l'estomac et 3 ulcères post pyloriques dont l'un est perforé et bouché dans le pédicule hépatique. La rate et le rein

gauche sont le siège d'infarctus hémorragiques. Rein droit et Pancréas sont macroscopiquement normaux.

Le 2ème malade : C. Hocine (obs. n° 5) est opéré dans le service le 23.10.64 pour affection pancréatique on lui pratique une splénectomie, une cholecystectomie et une extraction d'un calcul par sphinctérotomie.

Il est revu 6 ans après dans un tableau d'angiocholite avec ictère évoluant depuis une semaine avec très mauvais état général, il meurt dans la nuit de son admission par collapsus cardiovasculaire.

L'autopsie faite le lendemain montre : un choledoque dilaté contenant un gros calcul friable en bout de cigare, des calcifications dans le pancréas et des microadenopathies dans la chaîne mésentérique supérieure.

Dans la série de Julien les 5 malades décédés avaient un très mauvais état général avant l'intervention.

La mort survint le 2°, 5°, 6°, 12°, et 13° jour.

Dans un tableau associant une insuffisance hépatique grave et une défaillance rénale, dont un malade opéré pour la 7° fois était en anurie et dut être équilibré dans le service du Professeur HAMBURGER.

Dans la statistique de HOUDAR

4 décès pour 24 cas

dont un avant réintervention dans 1 tableau de collapsus
12 jours après sa première opération

1 décès 27 jours après dans un tableau d'urémie et d'abcès biliaire du foie.

1 décès 23 jours après par infarctus du myocarde + O.A.P.

et un décès d'un malade de 78 ans, opéré de cholecystite aiguë avec ablation de calcul du choledoque par le cystique. Réintervention un mois plutard pour calculs oubliés.

Traitement : anastomose choledoco-duodénale :

Dans les suites il présente une fistule par lachage de l'anastomose.

Nouvelle réintervention et décès 26 jours plutard.

Alexandre (Pr. Poilleux) présente 17 cas de calculs récidivants dont 3 décès post-opératoire : 1 fois par pancréatite aiguë hémorragique

1 fois : angiocholite

1 fois : insuffisance hépatique.

II - Les complications post-opératoires.-

Nous citerons 3 cas de suppuration pariétale qui se sont amendées rapidement toutes les 3.

Par ailleurs des auteurs signalent d'autres complications rarement vues chez nous : les complications pulmonaires et plus particulièrement la thrombose ou l'embolie pulmonaire et insistent surtout sur la mise en oeuvre systématique d'un traitement anti coagulant à titre préventif.

D'autres complications générales menacent les suites post-opératoire. Ce sont les occlusions par bride ou par adhérence.

b/ Les complications propres aux interventions sur les voies biliaires.

I/ La fistule biliaire

Nous avons eu un cas (observation n° 1). Il s'agit de B. Boualem qui présentait un écoulement biliaire exagéré par le drain de Kehr et par ailleurs un écoulement important par le flanc droit ayant entraîné une chute de l'état général et un amaigrissement important. Réintervention 5 semaines après pour incision d'abcès : (incision iliaque droite, drainage du pus, et extirpation d'un corps étranger type Tetra.

Revu un an plus tard, malade toujours ictérique du fait de la cirrhose, mais excellent état général par ailleurs.

Les autres complications habituellement rencontrées sont :

1°) L'angiocholite

due le plus souvent au reflux après certaines opérations de drainage (sphinctérotomie et choledocoduodenostomie) et c'est la raison pour laquelle la choledocojejunostomie est préférée.

Cette complication est très grave surtout chez les malades déjà affaiblis et en mauvais état général, elle est souvent fatale (observation n° 15)

2°) Les calculs restants après opérations pour lithiase résiduelle
Nous avons eu une seule observation (obs. n° 9) déjà citée. Il s'agit de Mme Z. Fatima opérée la première fois le 23 juin 1969 pour empièchement choledocien.

La radiomanométrie n'est pas faite, il lui fut pratiqué une cholecystectomie et une sphinctérotomie associées à un drainage de Kehr.

Dans les suites opératoires elle présente une angiocholite, elle est réopérée le 16 juillet 1969 pour lithiase oubliée.

On pratique l'ablation de plusieurs calculs par choledocotomie.

La radiomanometrie per opératoire montre 2 calculs restants dans l'hépatique droit inaccessibles et un calcul enclavé. On réalise une sphinctérotomie iterative une remise en place du drain de Kehr, et l'on abandonne ces 2 calculs de l'hépatique droit. Dans les suites immédiates elle présente une suppuration pariétale qui tarit rapidement. Revue une année plus tard elle présente un très bon état général.

Un 2ème observation illustre cette complication : il s'agit de l'observation n° 15 déjà citée dans le chapitre de décès post opératoire.

3°) La péritonite biliaire secondaire :

- Elle nécessite une réintervention
- Nous n'avons observé aucun cas
- Julien cite un cas qui les oblige à réintervenir au 6^e jour et découvre un épanchement biliaire modéré ou désunion de la suture choledocienne.

4°) La pancréatite :

Elle est redoutée après sphinctérotomie car elle est souvent mortelle.

oooOooo

R E S U L T A T S G E N E R A U X

=====

Au total :

Sur 15 malades

- 2 décès dès leur admission avant traitement

- 1 Pribram avec succès

- 12 malades opérés

4 sphincterotomies dont 1 décès

3 bons résultats

2 drainages de Kehr

avec un bon résultat

et un mauvais avec déperdition biliaire importante et
persistance de l'ictère après 1 an.

6 anastomoses bilio digestives : ayant toutes entraînées
de bonnes suites immédiates et lointaines.

oooOooo

//ableau récapitulatif

LES COMPLICATIONS

Nature de l'intervention	Nombre	Fistule	Suppuration parietale	Lithiasé résiduelle	Décès
Sphinctérotomie	4	:	1	1	1
Choledocotomie + Kehr.....	2	1	:	:	:
Choledocoduodostomie.....	4	:	2	:	:
Choledocojejunostomie ...:	2	:	:	:	:

I.B. : à propos du cas de lithiasé résiduelle : Il s'agit de calcul abandonné dans l'hépatique gauche qui n'ont pas compliqués la sphincterotomie, mais ils l'ont motivée (observation n° 9 %. Fatima)

LES RESULTATS

Nature de l'intervention	Nombre	Bon résultat	Mauvais résultat	Décès
Pribram	1	1	:	:
Sphincterotomie	4	3	:	1 (pancréatite)
Drain de Kehr	2	1	1 (cirrhose)	:
Choledocoduodenostomie..:	4	4	:	:
Choledocojejunostomie...:	2	2	:	:
2 non opérés	:	:	:	2 décès avant intervention par angiocho- lite

CONCLUSION

La lithiase résiduelle de la voie biliaire principale est étudiée à partir de 15 observations recueillies dans le service du professeur MENTOURI durant la période : 1968 - 1971

~~10~~⁷⁵ fois sur 15 dans ~~50~~ % il y a eu un geste sur la voie biliaire principale lors de la première intervention.

Ces 15 cas représentent :

0,72 % après opération pour lithiase biliaire

0,93 % après opération pour lithiase vésiculaire

5,32 % après intervention pour lithiase de la voie principale biliaire

Ces calculs restants peuvent être groupés en trois grandes variétés

1°) Les calculs abandonnés sciemment à cause du mauvais état général du malade ou des difficultés opératoires : 2 cas

2°) La lithiase résiduelle que nous avons divisés en 2 sous groupes
- les calculs méconnus par manque d'exploration de la voie biliaire principale

-- les calculs oubliés après désobstruction incomplète de la voie biliaire principale et défaut du contrôle.

Ces deux variétés engagent la responsabilité du chirurgien

3°) Les calculs récidivés : 4 cas dont l'existence reste indéniable et dont il faut exiger des critères rigoureux pour prouver leur authenticité.

La voie biliaire principale est dilatée au milieu d'une réaction inflammatoire très importante. Le nombre des calculs retrouvés est variable, dans 1/3 des cas il s'agit d'un calcul unique, et dans près de la moitié des cas il s'agit de plus de trois calculs. Dans 9 cas (3/4) il s'agissait d'une macrolithiase.

La cholangiographie per opératoire s'avère être un examen nécessaire et fondamental, jointe éventuellement à l'utilisation de différents instruments explorants la voie biliaire principale (sonde, pince) et pour certains à la choledocoscopie.

Du point de vue clinique l'ictère et l'angiocholite constitue les signes les plus fréquents de la lithiase résiduelle.

Celle-ci est le plus souvent suffisamment objectivée par une bilingraphie de bonne qualité, au besoin avec tomographie.

Les réinterventions pour lithiase restante de la voie biliaire principale sont graves et délicates en raison des difficultés locales de dissection. L'opération se termine toujours par un drainage.

soit externe (drainage de Kehr 2 fois sur 12).

soit sphinctérotomie associée à un drainage externe 1/3 des cas
soit drainage interne par anastomose bilio digestive.

Ces dérivations internes constituent la moitié de nos interventions. Elles représentent des méthodes de sécurité qui se prêtent bien aux conditions locales retrouvées.

La lithiase restante demeure la circonstance la plus frappante d'un échec dans la chirurgie de la lithiase biliaire.

Nous insistons sur la prévention de ces lithiases "résiduelles et récidivantes".

En ce qui concerne la première, la nécessité d'un examen cholangiographique rigoureux et systématique au cours de toute intervention biliaire.

En ce qui concerne les secondes la nécessité en plus de rechercher de ne pas négliger et traiter le moindre obstacle à l'écoulement biliaire, sous peine de multiplier les chances d'une récidive calculeuse.

oooOooo

BIBLIOGRAPHIE

- N° 1 - BARRAYA L., LACROIX C. et MIGLIORI G.- La lithiasé résiduelle des voies biliaires.- Mém. Acad. Chir., 1969,95, n° 14-15 , 442-446.
- N° 2 - BEST R.R., RASMUSSEN J.A. et WILSON C.E.- Le traitement des calculs résiduels dans la voie biliaire principale, par divers solvants et un régime de drainage biliaire.- Arch. Surg., déc. 1953, 67, n° 6 , 839-853, 5 fig.
- N° 3 - BISMUTH H.- La lithiasé résiduelle de la voie biliaire principale.- Ann. Chir., déc. 1968, 22 , n° 25-26 , 1491.
- N° 4 - BUFFIN R.P.- Lithiasé résiduelle du cholédoque.- Ann. Chir.,déc. 1968, 22 n° 25-26, 1513-1514.
- N° 5 - COMBENALE B. et TAMAYO G.S.- Le calculs restant de la voie biliaire principale (statistique et étiologie).- Ann. Chir., déc. 1968,22, n° 25-26, 1453-1455.
- N° 6 - CASTEX J.B.G.R.- Méthode de Pribram dans le traitement des calculs résiduels des voies biliaires après opération.- Thèse Bordeaux, 3 janv. 1949, n° 28, 56 p.
- N° 7 - CONSTANT C.H.A.M.- La lithiasé résiduelle du cholédoque.- Thèse Paris, 1957 n° 335, 99 Pages.
- N° 8 - DUFOUR A.- Le calcul restant du bas du cholédoque.- Thèse Lille,1959, N° 37.
- N° 9 - EDELMAN G., BOU TELIER P. et DUMAS D.- Lithiasé résiduelle et récidivante de la voie biliaire principale.- Ann. Chir., déc. 1968, 22, n° 25-26, 1493-1495.
- N° 10 - EDELMANN G., BOUTELIER P., DU MAS D. et LAGNEAU P.- Lithiasé résiduelle et lithiasé récidivée de la voie biliaire principale.- Mém. Acad. Chir. 1969, 95 , n° 8-9 , 263-266.
- N° 11 - GARBAY M. et POILLEUX F.- Lithiasé résiduelle et lithiasé récidivée de la voie biliaire principale.- Mém. Acad. Chir., 1968, 94, n° 25-26,703-707.
- N° 12 - GARBAY M. et BOUCHARD P.- Le calcul restant de la voie biliaire principale (statistique et étiologie).- Ann. Chir., déc. 1969, 22, n° 25-26, 1443-1451, 9 fig. (Bibliogra.).
- N° 13 - GERMAIN A., DESPRETZ J. et PLUMERAULT J. C.- Lithiasé résiduelle et récidivée de la voie biliaire principale. (A propos de 22 cas).- Mém. Acad. Chir. , 1969, 95, n° 8-9, 230-236.
- N° 14- HEPP J., MERCADIER M., MOREAUX J., PERNOU R. et JULIEN M.- Réflexions à propos de 100 cas de lithiasé dite "résiduelle" de la voie biliaire principale.- Mém. Acad. Chir., 1964, 90, n° 11-12, 335-341.

- N° 15 - HICKEN N.F., McALLISTER A.J. et WALKER G.- Le problème de la rétention des calculs du cholédoque.- Am. J. Surg., fév. 1959, 97, N° 2, 173-183, 5 fig. (Bibliogr.).
- N° 16 - HICKEN N.F., McALLISTER A.J. et GALL D.W.- Calculs résiduels du cholédoque.- Arch. Surg., mai 1954, 68, n° 5, 643-656, 7 fig. (Bibliogr.).
- N° 17 - HIVET M. et RICHARME J.- Lithiase restante du cholédoque.- Ann. Chir., oct. 1966, 20, n° 19-20, 1077-1083, 11 fig.
- N° 18 - HOUDARD G., DELIGNY M. et HIRSCHMAN F.- Calcul restant de la voie biliaire principale. Indications thérapeutiques et résultats.- Ann. Chir. déc. 1968, 22, n° 25-26, 1469-1474.
- N° 19 - Julien Michel.- A propos de 100 cas de calculs résiduels, Thèse de Paris, 1963.
- N° 20 - LAGRAVE G., PLESSIS J.L., POUGEARD-DULIMBERT G. et PASSICOS J.- Lithiase biliaire résiduelle : extraction à la sonde de Dormia par le drain de Kehr.- Mém. Acad. Chir., 1969, 95, n° 14-15, 431-435.
- N° 21 - LATASTE J. et LALARDIE J. P.- La lithiase résiduelle de la voie biliaire principale. (A propos de 20 observations).- Presse méd., 24 oct. 1962, 70, n° 45, 2111-2114, 6 fig. (bibliogr.).
- N° 22 - LOLMEDE Ch. - A propos de la méthode de Pribram.- Mém. Acad. Chir., 28 av.- 5 mai 1965, 91, n° 13-14, 431-437.
- N° 23 - LORTAT-JACOB J.L. et RICHARD C.A. et GIULI R.- A propos de la lithiase résiduelle du cholédoque.- Ann. Chir., , déc. 1968, 22, n° 25-26, 1497-1500.
- N° 24 - MALLEY Guy.- Dilatation isolée persistante post-opératoire de la voie biliaire principale. Lyon Chirurgical, mai 1967
- N° 25 - MONOD-BROCA P.- Lithiase résiduelle du cholédoque.- Ann. Chir., , déc. 1968, 22, n° 25-26, 1501.
- N° 26 - MOUCHET A., MARQUAND J. et GUIVARCH M.- Lithiase résiduelle et lithiase récidivée de la voie biliaire principale.- Mém. Acad., Chir. 30 oct. - 6 nov. 1968, 94, n° 23-24, 693-699 (Bibliogr.).
- N° 27 - MOUCHET A.- Cloture de la discussion sur la lithiase résiduelle et récidivée de la voie biliaire principale. - Mém. Acad. Chir., 26 nov. - déc. 1969, 95, n° 28-29, 822-825.
- N° 28 - OLIVIER C., TRICOT H. OLIVIER C. et RETTORI R. - La lithiase résiduelle des voies biliaires. - Mém. Acad. Chir., 1969, 95, n° 14-15

- N° 29 PERNOD R. , MAREUGE A. et JACQUIN F. - Lithiase résiduelle de la voie biliaire principale, cause de péritonite biliaire. Apropos de deux observations. Ann. Chir. (Suppl. Sem. Hôp. Paris), août 1960, 14, n° 15-16, C. 937-C. 943 (Bibliogr.)
- N° 30 POILLEUX F. et ALEXANDRE J. H. - Lithiase résiduelle du cholédoque. - Ann. Chir. déc. 1968, 22, n° 25-26, 1509-1511.
- N° 31 PROYE C. ET LAGACHE G. - Le calcul restant de la voie biliaire principale. Indications thérapeutiques. Traitement médical et traitement chirurgical. Lours résultats. - Ann. Chir. , déc. 1968, 22, n° 25-26, 1475-1479.
- N° 32 RENE L. Lithiase résiduelle de la voie biliaire principale. - Mém. Acad; Chir. 1969, 95, n° 8-9, 266,267.
- N° 33 RETTORI R. - Utilisation de la méthode de Pribram dans la lithiase résiduelle du cholédoque. - Ann. Chir. , déc. 1968, 22, n° 25-26, 1503-1505.
- N° 34 ROUX M. Lithiase résiduelle du cholédoque. - Ann. Chir. , déc. 1968, 22, n° 25,26, 1507.
- N° 35 ROUX M. VAYRE R. HUREAU J. LEVASSEUR J. C. et FARAH A. - Réflexions à propos de 40 cas de lithiase résiduelle de la voie biliaire principale extra-hépatique. - Ann. Chir. , déc. 1968, 22, n° 25-26, 1515-1518.
- N° 36 ROUX M. HILLEMAND P. ET VAYRE P. - Lithiase résiduelle de la voie biliaire principale avec sténose d'une anastomose cholédocoduodénale. - Sem. Hôp. Paris, 14, av. 1970, 46, n° 18, 1254-1256.
- N° 37 ROUX M. et CONSTANT C. - La lithiase résiduelle de la voie biliaire principale. Sem. Hôp. Paris (Ann. Chir), Supt. 1957, 11, n° 17-18, 1229-1245, 22 fig. (Bibliogr.).
- N° 38 ROUX M. VAYRE P. et HUREAU J. Aspects actuels de la lithiase résiduelle de la voie biliaire principale extra-hépatique. - Rein et Foie. Maladies de la nutrition, 1969,1970, 12, 81-88 (Bibliogr.).
- N° 39 SANTY et HALLEY -GUY. E. M. C. Foie et voie biliaire lithiase intrahépatique.
- N° 40 SALEMBIER Y. Etude statistique de 100 observations de calculs restants. Ann. Chir. déc. 1968, 22, n° 25-26, 1487-1490.
- N° 41 SEROR J. SAVA G. THOMAS M. et JAECK D. - Lithiase secondaire du cholédoque résiduelle ou récidivante. - J. Med. Strasbourg, fév. 1971, 2, n° 87-94.
- N° 42 THOMSON . Calculs résiduels de la V. B. P surg; gyn. Obst. Juillet 1956 - 103 - n° 1.

